



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Trastorno bipolar y capacidad artística:
Robert Schumann bajo los influjos de Eusebius
y Florestán

N° 577

Karina Scandolara

Tutora: Gladys Ferrari

Departamento de Investigaciones
2013

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

Introducción	5
Capítulo 1. Trastorno bipolar	
1.1 Definición	7
1.2 Criterios diagnósticos	8
1.3 Sintomatología.....	10
1.4 Comorbilidad	10
1.5 Comportamiento suicida	11
Capítulo 2. El arte y el trastorno bipolar	
2.1 Arte	12
2.2 Relación entre el trastorno bipolar y el arte.....	12
2.2. a) Investigaciones	13
2.2. b) La manía y la melancolía en el proceso creador	14
Capítulo 3. Caso Clínico: Robert Alexander Schumann	
3.1 Orígenes maníaco-depresivos. Genética.....	17
3.2 Biografía	17
3.3 Sintomatología	25
3.4 Obra y su psicopatología.....	28
Conclusiones	32
Bibliografía	33

Introducción

Desde la Antigüedad la humanidad ha sido testigo de increíbles producciones artísticas por parte de personalidades consideradas “extrañas”, “bizarras” y hasta “desquiciadas”. La sociedad occidental ha relacionado la locura y la genialidad desde tiempos remotos; fusionando ambos conceptos hasta el punto en que uno de estos términos incluyera necesaria e indirectamente al otro.

La historia cuenta con numerosos creadores cuya genialidad se vinculó directamente a su locura; relación que quedaría marcada en el imaginario social y sería retomada a futuro en el estudio del trastorno bipolar o, como era conocido anteriormente, la locura “maníaco-depresiva”.

No son pocos los casos de prodigiosos artistas que padecieron de este trastorno mental; entre los cuales podemos mencionar a Edgar A. Poe, Virginia Woolf, Van Gogh, Antonin Artaud, Ernest Hemingway, Emily Dickinson, Charles Baudelaire, R. Schumann, P. Tchaikovsky, Herman Hesse, F. Handel, G. Rossini, L. Tolstoy, Víctor Hugo (Jamison, 1998).

Pese al malestar y disfunción que esta enfermedad puede provocar en aquellos que la sufren, diversos estudios parecen indicar la existencia de una relación entre este trastorno y el incremento del potencial artístico. Se podría pensar que, más allá de las dificultades que caracterizan a los maníaco-depresivos, estos pacientes han obtenido logros que dejaron su impronta en la historia de la humanidad. ¿Sería válido entonces hablar de creatividad artística y de padecimiento como las contracaras del trastorno bipolar? Diversos autores afirman que tanto la genialidad como el trastorno bipolar parecen compartir las mismas raíces.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el objetivo de esta tesina es explorar la supuesta relación entre el trastorno bipolar y la capacidad artística, usando un caso de estudio en particular: la vida y obra de Robert Alexander Schumann. Para llevar a cabo este análisis se relacionarán el área de la psicología clínica y el campo de la música.

El presente trabajo pretende estudiar el trastorno bipolar, establecer una aproximación al concepto de arte, explorar la relación entre el trastorno bipolar y el arte y, por último, identificar una asociación entre la producción artística de Schumann y su patología, para lo cual se realizará una minuciosa revisión bibliográfica del compositor, explorando elementos histórico-biográficos, musicales, literarios y psicopatológicos.

Esta tesina está dividida en tres partes. En el primer capítulo se define el trastorno bipolar, los criterios de diagnósticos según el DSM-IV y se explica la sintomatología de la enfermedad.

En el segundo capítulo se aborda la relación existente entre el trastorno bipolar y el arte. Para un mejor desarrollo, en primer lugar se explicita la noción de arte que sustentará esta tesina, y, a continuación, se exploran diversas investigaciones y teorías que defienden la relación del trastorno bipolar con la capacidad artística.

El tercer y último capítulo analiza el caso clínico de Robert Alexander Schumann y se divide en tres secciones. La primera sección explora la biografía del compositor, buscando verificar su diagnóstico post-mortem de trastorno bipolar. La segunda parte da cuenta de su sintomatología y, finalmente, en la tercera sección se asocia su obra con su patología.

La base teórica de esta tesina se apoya en la obra de Kay Jamison, debido a la relevancia de sus investigaciones y a la influencia que ha tenido esta autora en diversos estudios en relación al trastorno bipolar.

La justificación de la temática está dada por el intento de buscar una respuesta a esta indagación que permanece vigente desde tiempos remotos. Pese al avance de la medicina y el surgimiento de las neurociencias, aún no ha sido posible contestar satisfactoriamente a esta interrogación ni brindar una respuesta concreta a la posible relación entre el trastorno bipolar y el temperamento artístico. Como se ha señalado anteriormente, este trabajo explorará esta asociación a través del caso de Robert Alexander Schumann.

Capítulo 1: Trastorno Bipolar

1.1 Definición

El trastorno bipolar (otrora llamado psicosis maníaco depresiva) se encuentra dentro de los denominados *trastornos del estado de ánimo*¹ (también conocidos como trastornos afectivos o trastornos del humor) y se caracteriza por la alternancia de estados depresivos con estados maníacos o hipomaníacos.

Si bien esta enfermedad es reconocida y mencionada de diferentes maneras desde la Antigüedad, el cambio conceptual es brindado por Kraepelin, quien diferenció la *demencia precoz* de la *enfermedad maníaco-depresiva*, acuñando el término de *locura maníaco-depresiva* para lo que hoy se conoce como trastorno bipolar. No obstante, bajo el concepto de locura maníaco-depresiva se incluían los casos de depresión no circulares, actualmente conocidos como “depresión mayor” o “distimia”. El psiquiatra alemán Karl Leonhard fue el primero en distinguir los trastornos afectivos “bipolares” de los “unipolares” (Vásquez, 2007).

El DSM-IV distingue el trastorno bipolar tipo I del trastorno bipolar tipo II. El criterio de diferenciación está dado básicamente por la presencia de episodios maníacos en el primero, y la presencia de hipomanía en el segundo tipo, acompañados ambos por episodios depresivos.

De acuerdo al curso de los episodios maníacos (o hipomaníacos) y depresivos, este trastorno se puede clasificar en *trastorno bipolar de ciclado lento* y *trastorno bipolar de ciclado rápido*. En el primer caso, encontramos menos de cuatro episodios por año, en cualquier combinación con manía, hipomanía, episodios mixtos o episodios depresivos. En el segundo caso la persona presenta un mínimo de cuatro episodios por año. Este último es visto entre el 5% y el 15% de los pacientes bipolares y es más frecuente en mujeres (Gobbi, 2007).

Diversos autores (Jamison, 1993; Kahn, D.; Ross, R.; Printz, D. y Sachs, D., 2000) parecen coincidir en que la aparición de los primeros síntomas suele darse en la adolescencia o en la adultez temprana. La edad promedio de la aparición de esta enfermedad es a los 18 años. Sin embargo, investigaciones más recientes indican que el trastorno bipolar tiene un inicio más temprano del que se pensaba y que suele aparecer principalmente en la adolescencia y, en menor medida, en la infancia, habiendo varios casos de inicio de la enfermedad a la edad de cinco años (Barlow, 1997; Vásquez, 2007; Weissman, 1999).

El curso de la enfermedad es crónico, es decir, una vez que se desencadena, la alternación entre la manía y la depresión es indefinida y la recurrencia de estos episodios debe ser controlada con terapia farmacológica, entre otras (Barlow, 2007).

El origen del trastorno bipolar se atribuye a factores biológicos, psicológicos y sociales (Barlow, op. cit.; Gobbi, op. cit.; Vásquez, op. cit.).

Sin embargo, a diferencia de los demás trastornos del estado de ánimo, esta enfermedad parece tener una importante predisposición biológica y la herencia tiene aquí mayor peso. Los estudios con gemelos idénticos y fraternos revelan la fuerte contribución genética de este trastorno. Diversas investigaciones han demostrado que la probabilidad que tiene un gemelo idéntico a padecer trastorno bipolar es de aproximadamente un 66 por ciento, en comparación con los gemelos fraternos, que es del 19 por ciento (Katz, 1989; McGuffin et al., 2003; Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1993). El estudio de las familias maníaco-depresivas muestra un gran número de antecedentes hereditarios familiares, para Karrer (1881) en 60% de los casos, para Ziehen (1902) en el 80%, para Wimmer (1992) en 85%, para Lange (1928) en el 90 por ciento de los casos. Según Hoffman (1921), si los dos padres presentan trastorno bipolar, los hijos presentan un riesgo del 42,8% de ser afectados.

Akiskal (2000) acuñó el término “espectro bipolar” para referirse a un conjunto de patologías que comparten la sintomatología maníaco-depresiva. Esta clasificación incluye el trastorno bipolar tipo I y tipo II (mencionados anteriormente), al cual agregó el trastorno tipo III. Este último es concebido como un episodio depresivo que se convierte en manía o hipomanía al ser tratada con antidepresivos. También incluyó en este grupo al trastorno tipo IV, que está dado por la ciclotimia. El autor utilizó esta noción para explicar el factor genético de la enfermedad maníaco-depresiva, e indica que lo heredable no es un tipo de trastorno bipolar específico, sino la predisposición a padecer de este “espectro bipolar”, en alguna de sus modalidades.

Gobbi (op. cit.) menciona la existencia de cuatro tipos diferentes de humor que ocurren en el trastorno bipolar. Éstos estarían dados por la manía, la hipomanía, la depresión y el episodio mixto. La manía se

¹ Barlow (2007) los define como un grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas que van del júbilo a una depresión severa.

caracteriza fundamentalmente por la expansividad anímica y cognitiva; la hipomanía, a su vez, es una versión más moderada de manía, con síntomas similares pero menos severos. El episodio mixto está dado por la presencia de síntomas maníacos y depresivos simultáneamente o la frecuente alternación de éstos durante el día. Estos estados anímicos serán descriptos a continuación, según los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR.

1.2 Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor. DSM-IV-TR

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1: estado de ánimo depresivo o 2: pérdida de interés de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto y observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el episodio maníaco DSM-IV-TR

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej.: se siente cansada tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
4. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento está acelerado.
5. Distrabilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos).

E. los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, medicamento y otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaníaco DSM-IV-TR

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si es el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o verborraico.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distrabilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Criterios para el episodio mixto DSM-IV-TR

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento y otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático depresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar.

1.3 Sintomatología

La sintomatología del trastorno bipolar depende de la fase anímica que está atravesando el sujeto. Belloch (1995) señala los síntomas presentes en los episodios depresivos, clasificados en cinco grupos:

- Síntomas anímicos: la tristeza es el síntoma anímico principal. Puede estar acompañada por sentimientos de abatimiento, pesadumbre e infelicidad. Si bien éstos son los síntomas más frecuentes, también puede predominar un estado de ánimo irritable, con sensación de vacío y nerviosismo. En los casos más graves, se puede presentar *abulia*².
- Síntomas motivacionales y conductuales: La inhibición que afecta a las personas deprimidas se considera, junto con el ánimo deprimido, el síntoma por excelencia. Esta inhibición estaría producida por la apatía, indiferencia y anhedonia que pueden invadir al paciente deprimido. El caso más grave de inhibición se conoce con el nombre de *retardo psicomotor*, y se define como un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras. Llegando a un caso extremo, encontramos el “estupor depresivo”, dado por mutismo y parálisis motora casi absolutas, similar al estupor catatónico.
- Síntomas cognitivos: La memoria, la atención y la concentración de una persona deprimida pueden verse altamente afectadas tanto a nivel *cuantitativo* como *cualitativo*, éste último hace referencia al *contenido* de los pensamientos. La valoración que la persona realiza sobre sí mismo, su futuro y su entorno suele ser negativa. Puede haber pérdida de autoestima, autorreproches y autoculpabilidad.
- Síntomas físicos: Uno de los síntomas físicos más notorios es el trastorno del sueño. Si bien el problema principal suele ser el insomnio, una menor parte puede presentar hipersomnia. También son habituales la fatiga, la pérdida de apetito, la disminución de la actividad y del deseo sexual, y molestias corporales difusas (como dolores de cabeza, náuseas, estreñimiento, etc.).
- Síntomas interpersonales: La persona deprimida tiende a aislarse, disminuye su interés por relacionarse con los demás. Según Barnett y Gotlib (1988) esta conducta puede ser un buen predictor de un empeoramiento de la depresión.

En los episodios maníacos Belloch (op. cit.) menciona los siguientes síntomas:

- Síntomas anímicos: hipertimia, estado de ánimo elevado, eufórico, irritable, expansivo. Los pacientes maníacos a menudo están irascibles y suspicaces.
- Síntomas motivacionales y conductuales: exceso de energía, puede estar prácticamente sin dormir durante semanas. Suele presentar logorrea y siente que sus pensamientos van a una velocidad mucho mayor que su capacidad para expresarlos, lo que se conoce como *fuga de ideas*. La persona en estado maníaco tiene pobre control de sus impulsos, por lo cual puede presentar diversos excesos en su conducta, como la hipersexualidad, gastos descontrolados, actos temerarios, poniendo en riesgo su persona y también aquellos que lo rodean. Su apariencia puede ser descuidada y poco aseada, o también extremadamente “llamativa”.
- Síntomas cognitivos: los procesos cognitivos maníacos se caracterizan por su anormal aceleración. Debido a esta rapidez, el habla suele ser desordenada, rápida, incapaz de mantener un hilo conductor, pasando de un tema a otro constantemente, pudiendo llegar a ser incoherente.
- Síntomas físicos: presentan problemas de sueño, aumento de apetito y bajo umbral de fatiga.
- Síntomas interpersonales: las relaciones sociales suelen verse afectadas porque el paciente maníaco puede ser muy entrometido, polemista, controlador y suele presentar una gran resistencia a que se le contradiga.
- Durante la manía, debido a la energía y agilidad mental que la caracterizan, la persona puede mostrarse sumamente seductora, sobre todo en la hipomanía.

1.4 Comorbilidad

Según Gobbi (2008) la comorbilidad más común en los pacientes bipolares es el trastorno por abuso de sustancias. Más del 50% de las personas que padecen trastorno bipolar abusan de alcohol o de drogas con el intento de paliar los síntomas causados por la enfermedad.

Dos estudios realizados en Estados Unidos por el Epidemiologic Catchment Area (E.C.A) y el National Comorbidity Survey (N.C.S) demostraron que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica más aso-

² Gobbi (2008) define a la *abulia* como una alteración cuantitativa de la voluntad, caracterizada por la falta total de deseo y de voluntad; que puede estar presente en la depresión mayor.

ciada a la dependencia de sustancias. Según los datos obtenidos por estos estudios, el riesgo de que un individuo con trastorno bipolar sufra de abuso de sustancias es más de 6 veces mayor que el de la población general. Esta cifra aumenta aún más en los bipolares tipo I, llegando a ser casi 8 veces mayor (Pérez de Heredia et al., 2003).

Goodwin y Jamison (1990) señalan que aproximadamente el 60% de los pacientes bipolares presentan una historia clínica de abuso de sustancias o dependencia y lo asocian a la manía, atribuyendo esta conducta a dos factores principales. El primero estaría dado por la propia naturaleza agitada de la manía, que se caracteriza por los excesos. En este caso el abuso de alcohol no tendría una significación singular, sino que formaría parte de esta tendencia que tiene la manía a extranslimitarse. El otro motivo que señala Jamison (op. cit.:48) es el de la "automedicación"; el alcohol puede tener un efecto de "sedación" en el sujeto maníaco, mitigando su agitación y disminuyendo su irritabilidad. En este caso, el abuso de alcohol no sería solo un exceso más, sino que la persona estaría buscando en esta sustancia un alivio a su malestar.

También se presenta una alta comorbilidad del trastorno bipolar con el trastorno obsesivo-compulsivo y el ataque de pánico (Gobbi, op. cit.; Akiskal, 2000). El ataque de pánico³, a su vez, es más frecuente en los episodios depresivos que en las fases maníacas (Ruiz, J.; Montes, J.; Ibañez, A., 2001). Otra de las comorbilidades que encontramos es el suicidio, siendo el riesgo más alto en los primeros años de la enfermedad.

1.5 Comportamiento suicida

El trastorno bipolar implica un importante riesgo suicida. La tasa de intentos de suicidio en esta patología es del 30 al 40%, y el suicidio consumado se da en el 10% de los casos. Durante los episodios depresivos la frecuencia de intento suicida es significativamente mayor a la de los episodios maníacos. Sin embargo es la fase mixta de la enfermedad la que presenta el mayor riesgo de suicidio (Piñero, M.; Fontecilla, H.; García, E.; Díaz, C., 2002). Jamison (1993) explica que los estados mixtos son los más peligrosos porque constituyen una crítica combinación de sentimientos y pensamientos depresivos, combinados con un estado físico excepcionalmente alterado y desagradable, presentando un elevado nivel de agitación, energía y mayor impulsividad.

En un amplio estudio realizado en Estados Unidos por el Epidemiologic Catchment Area, con más de veinte mil participantes, se encontró que el porcentaje de intentos de suicidio entre los individuos bipolares era del 24% (Boyd, J. et al., 1988).

Gobbi (2007) indica que durante el curso de la enfermedad, cerca de uno de cada cinco individuos con trastorno bipolar mueren como causa del suicidio, haciendo de este trastorno una de las enfermedades psiquiátricas más letales.

Se podría pensar que la desesperación que lleva a estos pacientes al suicidio, es la misma que, de forma más atenuada, los conduce a expresar sus intensos y, a veces, mortificantes sentimientos y sensaciones a través del acto creador. A continuación se analizará esta posible relación.

³ Experiencia abrupta de temor intenso o intranquilidad cuando no hay peligro, acompañado por un número de síntomas físicos, tales como mareo o palpitaciones (Barlow, 2007).

Capítulo 2: Trastorno bipolar y arte

2.1 Arte

La palabra “arte” proviene del latín *ars* y equivale al término griego τέχνη (*téchne*), del cual derivaría el concepto de “técnica”. En un principio ambos significados iban de la mano de una misma palabra, para hacer referencia a toda producción realizada por el hombre y al “saber hacer”. Posteriormente el vocablo latino *ars* se diferenció de *téchne* (técnica), limitando su significación a las disciplinas relacionadas con lo estético y lo emotivo.

Es un trabajo arduo y, probablemente infructífero, intentar obtener una definición precisa de arte, puesto que es un concepto sumamente abarcativo y subjetivo, y no hay unanimidad con respecto a su definición. Sin embargo podríamos entender este término como uno de los principales medios de expresión del ser humano, por medio del cual manifiesta sus emociones, percepciones e ideas.

Esta “inconsistencia” del término arte se ve reflejada por la definición que nos brinda Formaggio (1953:12), quien afirma que “arte es todo aquello que los hombres llaman arte”.

Schopenhauer (1819:74) explica al arte como “una vía para escapar del estado de infelicidad propio del hombre”.⁴

Gombrich (1960:8) indica que “ese extraño recinto que llamamos “arte” es como una sala de espejos o una galería de ecos. Cada forma conjura un millar de recuerdos y de imágenes de la memoria.”

La definición que brinda este autor nos permite entender al arte como un “reflejo” del alma humana; el artista, a través de su obra, “relata” su mundo interno, “narra” su subjetividad. De aquí la importancia del estado anímico y, por extensión, de los trastornos del estado de ánimo, en la creación artística.

2.2 Relación entre arte y trastorno bipolar

La enfermedad maníaco depresiva ha sido asociada a la capacidad creadora y al talento artístico desde la Antigüedad.

Ya Platón (consideraba a la manía como la “exaltación del alma”, como un regalo de los dioses que dotaba a los artistas y a los poetas para que pudieran llevar a cabo sus obras; y denominó al arte como “divina locura”. En uno de los diálogos de *Fedro* expresa que “todo lo que es grande ocurre en la locura” (Hamilton, 1974:46).

Aristóteles afirma que la melancolía es inherente a los seres excepcionales o geniales, y que dicha relación se debe a la prevalencia de bilis negra en el organismo de estos sujetos, comparando a ésta última con el vino y sus efectos (Jamison, 1998).

Marsilio Ficino⁵ (1472, en Akiskal, 2006) sostenía la hipótesis de que algunas personas poseen una cantidad mayor de bilis negra que otras y que mientras ese exceso se mantenga equilibrado con el resto de los humores su portador presenta dotes especiales para la actividad artística e intelectual pero, así también, es más susceptible de presentar un desequilibrio humoral y padecer melancolía.

Esta teoría sería retomada en el Renacimiento por André du Laurens (1599), quien explica que cuando el calentamiento de la bilis negra genera una suerte de “encantamiento divino”, conocido con el nombre de “Enthousiasma”, y que este estado lleva al hombre a ser filósofo, poeta y también a profetizar, puesto que lo dota de capacidad “divina”.

Según Kraepelin (2012:17):

La excitación volitiva que acompaña a la enfermedad puede, bajo determinadas circunstancias, liberar ciertas fuerzas que de otra manera permanecerían constreñidas por toda clase de inhibiciones. Especialmente la actividad artística puede experimentar un cierto progreso debido al hecho de rendirse sin problema a los caprichos o a los estados de ánimo momentáneos; especialmente la actividad poética, por su facilidad para expresarse con palabras.

Diderot (1752, en Brenot, 2002:2) señala:

¡Cuán parecidos son el genio y la locura! Aquellos a los que el cielo ha bendecido o maldecido están más o menos sujetos a estos síntomas, los padecen con más o menos frecuencia, de manera más o menos violenta. Se les encierra o encadena, o bien se les erigen estatuas.

⁴ Este concepto de Schopenhauer será retomado en la sección de *Relación entre arte y trastorno bipolar*.

⁵ Marsilio Ficino (1433-1499): Representante de la escuela neoplatónica de Florencia, con formación filosófica, médica y clerical.

El dotado escritor Edgar Allan Poe, quien también padeció de trastorno bipolar, escribió en su poema autorreferencial "Eleonora" (1843:4):

Vengo de una raza célebre por el vigor de su imaginación y el ardor de sus pasiones. Los hombres me han llamado loco; pero todavía no se sabe si la locura es o no es la más sublime inteligencia; si gran parte de todo lo que es glorioso, de lo que es profundo, no proviene de la enfermedad del pensamiento, de los estados de ánimo de una mente exaltada a expensas del intelecto.

Rimbaud (1871, en Jamison, 1998:119) opinaba que el poeta "se convierte en un vidente debido al profundo, gigantesco y racional desarreglo de todos sus sentidos. En todas las formas del amor, del sufrimiento y de la locura."

2.2.a) Investigaciones

La enfermedad maníaco-depresiva puede favorecer el proceso creativo debido a la influencia que tendría esta en el potencial imaginativo, en el incremento de la capacidad perceptual, en la flexibilidad cognitiva y en la intensificación de los estados emocionales (Jamison, 1989).

Según Akiskal (2006:32) el trastorno bipolar es una condición humana fascinante y a la vez trágica; ya que mientras las personas que sufren de trastorno bipolar tipo I no son líderes ni creadores, constituyen, no obstante, el "reservorio de los genes que, en una forma diluida, podrían ser las semillas de la genialidad". Este autor, basándose en el texto de psiquiatría biológica de Gershon (1999), indica que los mismos genes que predisponen al espectro bipolar son también los genes responsables por la creatividad. Menciona a dos estudios de la Universidad de Harvard, realizados por Ruth Fritcher, en los cuales se pudo observar que los parientes sanos de los maníaco-depresivos eran personas que habían alcanzado grandes logros en sus profesiones, mostraban un nivel de creatividad mucho más alto al del grupo control, y financieramente se presentaban como líderes.

Ludwig (1992), en un estudio que realizó sobre capacidad creadora y psicopatología, comparó la biografía de personajes artísticos con personas de otras profesiones y encontró una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en los artistas que en la población general. Sus datos indicaron que la población artística presentaba un porcentaje dos a tres veces mayor de psicosis, intento de suicidio, trastornos del humor y abuso de sustancias. También descubrió que, entre la población artística, las diferentes ramas del arte se encontraban asociadas a diferentes psicopatologías, siendo prevalente en los compositores el abuso de sustancias, el intento de suicidio y las depresiones recurrentes.

Trethowan (1977) estudió la biografía de sesenta compositores y encontró que casi la mitad de estos presentaban "temperamento melancólico" y que el principal grupo de trastornos psiquiátricos estaba dado por los trastornos afectivos.

La psiquiatra Adele Judas estudió entre 1927 y 1944 la vida de más de seiscientos alemanes considerados "genios", pertenecientes al período de 1648 a 1920, y sus respectivas familias, y encontró que en el grupo de artistas la tasa de locura y neurosis grave era mucho mayor a la del resto de la población estudiada. Los niveles más altos de psicopatología figuraban entre los poetas y los músicos; este último grupo presentó una tasa de prevalencia de psicopatología del 38%.

Karlsson (1971) afirma que las personas altamente creativas tienen una mayor predisposición a padecer trastornos de humor, que la población general. Según este autor, la capacidad creativa parece compartir determinadas vulnerabilidades biológicas con los trastornos de humor, que inciden en la alteración de los estados de conciencia. Esto estaría relacionado directamente con alteraciones similares en los genes de dopamina y serotonina.

El Dr. Ketter y sus colegas, de la Universidad de Stanford realizaron un estudio comparativo entre niños sanos y niños con sintomatología bipolar, de padres bipolares. El fin del estudio era comparar la creatividad artística entre ambos grupos de niños, utilizando el B.W.A.S.⁶ Los resultados denotaron que los hijos de padres bipolares preferían las imágenes complejas dos veces más que los niños sanos. Cuando el estudio se realizó a los padres, los resultados fueron básicamente los mismos. Este estudio parecería indicar que los individuos con predisposición biológica al trastorno bipolar, también pueden heredar niveles superiores de creatividad (Ketter, T. y Srivastava, S., 2010).

El médico y criminólogo italiano Cesare Lombroso en su obra *Genio e follia* (1864), considerada un clásico de la ciencia positivista, sostiene que en la mayoría de los hombres geniales se pueden descubrir actitudes anormales o trastornos psíquicos.

⁶ Barron-Welsh Art Scale: consiste en mostrar tarjetas con dibujos sencillos y otras con dibujos complejos y asimétricos.

En un estudio sobre la capacidad de adaptación de los pacientes bipolares, Coryell y colaboradores (1899) descubrieron que los individuos con trastorno bipolar I y II habían alcanzado mayores logros en comparación al grupo control, a pesar de contar con el mismo nivel educacional.

Rothenberg (1990, en Neihart, 1998) también asocia la capacidad artística con la psicopatología, al afirmar que el pensamiento “translógico” es característico tanto de los psicóticos como de las personas altamente creativas. Explica que el pensamiento translógico es una forma de conceptualización en la cual el proceso de pensamiento trasciende las formas típicas del pensamiento lógico.

2.2.b) La manía y la melancolía en el proceso creador

*La alegría y la aflicción se entretajan finamente
Para hacer el ropaje del alma divina
Bajo las penas y el dolor
Corre entretajida con seda la alegría.
William Blake*

La sintomatología de la manía ha sido muy estudiada a través de los años y se ha señalado que este estado anímico puede tener influencia en la originalidad y creatividad, puesto que se ven alteradas determinadas funciones cognitivas que participan del proceso creador. Algunas de estas funciones incluyen la memoria, la atención y las asociaciones.

Si bien la atención se muestra disminuida durante la manía, esta distractibilidad que presenta el enfermo no se debe a un déficit en la capacidad de atender, sino justamente a la inestabilidad de la misma y puede estar dada por la hiperprosexia y no por hipoprosexia; ya que el sujeto maníaco, al estar excesivamente atento a cualquier estímulo, desvía fácilmente su atención y no logra mantenerse concentrado demasiado tiempo en un mismo objeto. El pensamiento volátil del maníaco y la atención puesta en diversos focos, favorecen la rápida asociación de ideas y esto se relaciona, a su vez, con el pensamiento divergente⁷.

Magnan (1890, en Ey, 2008:62) señala que la memoria puede estar “hipertrofiada” durante la manía:

La memoria trae al espíritu una cantidad de hechos que parecían olvidados; sin dificultad son refrescados recuerdos muy lejanos incapaces de ser evocados en períodos normales; la imaginación adquiere tal actividad que los pacientes parecen más inteligentes. Los pensamientos están encadenados de modo natural, lógicamente, aunque son enunciados con exaltación y voluntad enfermas.

Diversos autores coinciden en que la hipomanía y la manía favorecen el proceso creador debido a que comparten determinadas características como la rapidez y flexibilidad del pensamiento, y la mayor capacidad de asociación de ideas. (Kraepelin, 1921; Goodwin y Jamison, 1990; Andreasen, 1987; Richards y Col., 1988)

La importancia del pensamiento divergente en la actividad creadora ha sido estudiada por numerosos especialistas; entre ellos, Guilford (1967), quien afirma que este tipo de pensamiento se dispara en varias direcciones, lo cual se puede apreciar mejor cuando no hay una sola conclusión, sino muchas.

Jamison (1993) sugiere que la agilidad del pensamiento no sólo aumenta la cantidad de ideas y conexiones, sino que también podría estar involucrada en una diferencia cualitativa, puesto que el volumen en sí favorece la aparición de asociaciones singulares.

La misma autora (Jamison, 1998: 217) confiesa, acerca de su propio trastorno maníaco depresivo:

Las incontables hipomanías, y la manía misma, le han dado a mi vida un tacto diferente para sentir, experimentar y pensar. Incluso en los momentos en que estaba más psicótica (...) he sido consciente de descubrir en mi cerebro y en mi corazón nuevos aspectos increíbles y encantadores que me dejaron maravillada.

Por medio del dolor los seres humanos no sólo experimentan emociones antes desconocidas, sino que la depresión da entrada a un nuevo mundo, sin duda insoportable, pero que posibilita una perspectiva

⁷ Forma de organizar los procesos de pensamiento a través de estrategias no ortodoxas.

diferente. El sufrimiento lleva al sujeto a percibir el mundo circundante de otra manera, y estas nuevas emociones y percepciones tienen un rol fundamental en la producción artística, puesto que dota a la persona de nuevas herramientas que utiliza luego en el acto creador. Se puede pensar entonces que la melancolía tiñe de una forma particular la obra del artista.

Esto no implica que sea necesario llegar al estado extremo de la depresión para crear una obra de arte, pero los sentimientos que invaden al sujeto durante este estado y la familiaridad con el sufrimiento pueden favorecer la aparición de nuevos significados que serían casi inalcanzables o inimaginables sin atravesar por experiencias sumamente dolorosas.

La melancolía podría actuar a veces como una “pócima agridulce e inspiradora” (Jamison, 1993:124)

El poeta Roethke (1966, en Jamison, 1993:120) escribió sobre las posibilidades que ofrece el dolor: “En los días nublados, los ojos empiezan a ver”.

Diversos artistas se entregaron a la melancolía, confiando en su poder creador. Entre éstos podemos nombrar a Edward Thomas, quien alguna vez escribió:

“Y aún así sigo medio enamorado del dolor,
De lo que es imperfecto, de las lágrimas y del júbilo,
De las cosas que se acaban, de la vida y de la tierra,
Y de esta Luna que me deja a oscuras tras la puertas.” (op. cit.:124)

Edgar Allan Poe (1920, en Jamison, op. cit.:125) dijo: “Y por extraña alquimia del cerebro su deleite siempre se volvía dolor (...) Y así por ser joven y profundamente loco me enamoré de la melancolía”.

Alfred Tennyson (1850, en Jamison, op. cit.:125) escribió en uno de sus poemas:

Oh pena, ¿vivirías conmigo
No como amante ocasional, sino como esposa,
Mi amiga del alma y la mitad de mi vida,
Como confieso que debería ser?

Otra visión que defiende la influencia de la depresión en la creación artística, es la idea de que este estado anímico introduce al sujeto a una nueva verdad, acercándolo más al inconciente; lo lleva a la reflexión y a la introspección, afina su capacidad crítica que le permite pulir la obra que la manía creó.

Jamison (op. cit.: 123) afirma que:

La hipomanía y la manía suelen generar ideas y asociaciones, impulsan el contacto con la vida y con los demás, producen enorme alegría y entusiasmo, y le dan un matiz exaltado, más bien cósmico, a la vida. Por otro lado, la melancolía hace ir más despacio, enfría el ardor y pone en perspectiva los pensamientos, las observaciones y los sentimientos generados en los momentos de mayor entusiasmo (...) La depresión poda y esculpe; también reflexiona y medita y, por último, somete y afina el pensamiento. Permite estructurar detalladamente las pautas efusivas elaboradas durante la hipomanía.

Otro posible factor que explica esta relación es el alivio que genera el acto creador. La actividad creadora no sólo sirve como escape del sufrimiento, sino que también es capaz de organizar de alguna forma las sensaciones y pensamientos caóticos, otorgándoles un sentido propio y aplacando el dolor psíquico de la melancolía y la confusión de la manía.

Son varios los artistas que han relatado el alivio generado por el trabajo artístico y la importancia de esta actividad en sus vidas perturbadas por la bipolaridad:

En su obra “Van Gogh, el suicidado por la sociedad”, Artaud (1968:7) expresó: “nadie ha escrito, pintado, esculpido, modelado, construido o inventado excepto, literalmente, para salir del infierno.”

En una carta que Berlioz (1830, en Jamison, op. cit.:127) escribió a su padre, el compositor explicó su música de la siguiente manera:

A veces apenas puedo soportar el dolor físico o mental (no puedo distinguir uno del otro), especialmente en hermosos días de verano (...) Contemplo el horizonte y el sol, y sufro tanto, tanto, que si no me dominara me pondría a gritar y rodaría por el suelo. Sólo hay una manera de satisfacer por completo el inmenso apetito de emociones, y ésa es la música. Sin ella, estoy seguro de que no podría seguir viviendo.

Eliot (1992:98-99) señaló que el poeta: “está oprimido por una carga que debe dar a luz para sentirse aliviado, está obsesionado por un demonio contra el cual se siente impotente, porque sus manifestaciones no tienen rostro, ni nombre, ni nada; y las palabras, el poema que compone, son una especie de exorcismo contra el demonio”.

A través de estos estudios y testimonios personales podríamos pensar en la posibilidad de que el acto creador esté relacionado con el trastorno bipolar de diferentes maneras. Una teoría que justificaría esta relación sería el hecho de compartir una misma base genética. Otro argumento a favor de esta vinculación sería la función catártica que ejerce la actividad artística.

Robert Schumann pertenece a la numerosa lista de artistas maníaco depresivos y es factible que la dualidad de su espíritu y la intensidad de sus estados anímicos contrapuestos hayan influido significativamente en su obra.

Capítulo 3: Robert Alexander Schumann

Robert Schumann, el menor de cinco hermanos, nació el 8 de junio de 1810 en la ciudad alemana de Zwickau, actualmente Estado Federal de Sajonia. Se lo considera un fiel representante del Romanticismo, encarnado en su persona toda la melancolía, pasión, drama e hipersensibilidad que este movimiento implica. Su obra, más allá de representar una época, refleja su espíritu atormentado por lo que más tarde se conocería como el trastorno bipolar.

Se nutrió de autores tales como Lord Byron, Goethe, Schiller y Ritcher (Samuel, 2007). Podríamos pensar que, envuelto en la atmósfera nostálgica y melodramática que reinaba en la época, su obra sería un fruto natural de esta influencia socio-cultural. Pero un análisis minucioso de su composición, en conjunto con su biografía, deja en evidencia que la obra de Schumann va más allá de cualquier influencia artística de sus coetáneos, siendo en realidad el resultado de las pasiones y los demonios que lo habitaban.

3.1 Orígenes maníaco-depresivos. Genética

Se puede inferir que la inestabilidad emocional y el temperamento melancólico de Schumann tienen sus raíces en ambos progenitores.

Su padre, August Schumann, propietario de una librería, fue editor, escritor y traductor; transmitiendo a su hijo el amor hacia la literatura e insertándolo, desde muy pequeño, en el mundo del arte y de las letras. August, un hombre exitoso y respetado socialmente, sufría constantemente de ataques de ansiedad nerviosa y de profunda melancolía. En la época del nacimiento de Robert sufrió de una crisis nerviosa de la cual no lograría jamás recuperarse por completo.

La psiquiatra Jamison (1998:195) relata:

“El padre de Schumann era de una exquisita sensibilidad. La primera vez que leyó las poesías de Edward Young ‘quedó tan impresionado que creyó estar al borde de la locura’. Al igual que su hijo, August Schumann trabajaba con una energía y una productividad fuera de lo común. Durante un período de dieciocho meses escribió, entre otras cosas, siete novelas.”

Se podría pensar que August es plausible de incluirse en el espectro bipolar, ya sea por un trastorno ciclotímico o por trastorno bipolar propiamente dicho.

La madre de Schumann, a su vez, también fue invadida por la sombra de la melancolía. Sufría de constantes episodios depresivos y el mismo Robert pudo describirlo en una de las cartas que le escribió: “Oh madre, de nuevo no puedes separarte de la silla del abuelo; has estado allí durante dos interminables horas sin decir una sola palabra, canturreando una vieja canción y acariciando la ventana de arriba abajo.” (Jamison, op. cit.:196)

Su hermana Emilia, víctima del desequilibrio emocional que la aquejó durante toda su vida, se suicidó en 1826, cuando Robert contaba con apenas 16 años de edad. Esta pérdida habría de marcarlo para toda su vida y la idea del suicidio lo hostigaría hasta su último día. (Ioro, 2003)

Otro antecedente psiquiátrico también lo encontramos en el suicidio de su primo, del lado paterno.

Sus descendientes tampoco lograron huir de la melancolía que corría por las venas de los Schumann. Uno de los hijos de Robert enloqueció a la edad de 20 años, debiendo ser internado y permaneciendo encerrado durante treinta y un años. Otro de sus hijos resultó adicto a la morfina. (Jamison, op. cit.)

3.2 Biografía

*“Hay días en los que veo pasar nubes opresivas por todos los rostros”
(Robert Schumann)*

Robert Schumann, criado en el seno de una familia volcada a las letras, mostró un ávido interés tanto por la literatura como por la música y no tardó en demostrar sus dotes artísticos. En sus primeros años manifestó a sus padres su deseo de ser poeta.

Inició sus estudios de piano y órgano en temprana edad, incentivado por su padre, quien le compró su propio piano y contrató al organista de la Iglesia de Santa María, Johann Gottfried Kuntzsch, para que le diera clases. (Reich, 1945)

Con apenas siete años de edad, el pequeño Robert compuso sus primeras piezas sonoras. Dos años más tarde, el niño de sólo nueve años se planteó la posibilidad de dedicarse a la música y convertirse en pianista profesional. (Samuel, 2007)

A los diez años de edad, Schumann presentó en público su primer concierto de piano y fue inscripto en el colegio secundario de Zwickau; donde enriquecería sus conocimientos literarios de la mano de autores clásicos como Sófocles, Platón y Homero; pero serían sus contemporáneos románticos como Schiller, Goethe, Johann Paul Friedrich Richter y E.T.A. Hoffman quienes prenderían en Schumann el fuego de la pasión por las letras y le servirían de influencia en sus futuras obras; siendo Hoffman y Richter sus mayores influyentes. Este último, cuyo estilo se caracterizaba por las intensas contraposiciones, entre sensibilidad y sarcasmo, o banalidad y profundidad, marcaría no solamente el movimiento romántico dotándolo de la “tensión entre opuestos”, sino que también dejaría su huella en la obra de Schumann, en perfecta armonía con la personalidad contradictoria del músico. (Ostwald, 1985)

Compuso su primera obra musical, el Salmo 150, cuando tenía doce años. Dos años más tarde escribió un ensayo sobre la estética de la música. (Samuel, op. cit.)

Su padre, fascinado por el talento de su hijo, se esforzó por contratar como maestro de composición a Carl Von Weber, pero este intento se vio interrumpido por la muerte tanto de Weber como de August, en 1826. Robert contaba aquí con dieciséis años, una edad que dejaría una dramática impronta en la historia del músico y cambiaría su vida para siempre; ya que a los pocos días de la muerte de su padre, su hermana Emilia, atormentada por su propia inestabilidad emocional, sucumbió ante la pérdida del padre y se suicidó. Este episodio sellaría un antes y un después en la vida de Schumann quien, a partir de entonces, se vería amenazado por la lúgubre sombra del suicidio, sintiendo que su futuro ya estaba de algún modo signado. Este sería apenas el inicio de la afección mental de Robert y, a partir de este momento, comenzaría a sentirse atemorizado y “acechado” por la insania (Reich, op. cit.).

Al poco tiempo comenzó a sentir que se encontraba en el límite del precipicio, a punto de caer en el abismo de la locura⁸. (Samuel, op. cit.)

Su madre, preocupada por la salud mental de su hijo y en pos de la estabilidad económica de este, decide mantenerlo alejado de la música y lo presiona para que estudie abogacía. Robert ingresa a los diecisiete años en la Universidad de Leipzig; donde ganó popularidad por sus excesos, arrojado a la bebida⁹, a los puros y a la conquista de mujeres. No asistió a una sola clase y en lo que a los estudios se refiere, se dedicó exclusivamente al piano y a la poesía.

El estudio de abogacía le resultaba insoportable, totalmente alejado de sus deseos y de su potencial artístico, y sobre esto escribió: “La helada jurisprudencia, con sus frías definiciones, me está acabando la vida”. (Jamison, 1998:196)

Desde su época de estudiante manifestó bruscos cambios de humor, que habrían de acompañarlo durante toda su vida e incrementarse con el pasar del tiempo (Ostwald, 1985).

A los dieciocho años aparecieron los primeros sentimientos de desborde psíquico y describió su primera crisis a la cual designó como locura, anticipando su destino: “El corazón me latía terriblemente y me puse pálido (...) sentí como si estuviera muerto (...) o como si estuviera perdiendo el juicio. No lo había perdido, pero creí perderlo. Realmente me había vuelto loco”¹⁰ (Jamison, op. cit.:195).

Es posible que este episodio hubiese sido precipitado por la muerte de Schubert, a quien admiraba fervorosamente y cuya pérdida le provocó a Robert noches de angustia y de llanto incontrolable (Schumann, Eugenie, 1944).

Desanimado por los estudios de Derecho insistió en dedicarse a la música; su madre, quien ya no lograba desviar su interés artístico, aceptó que el joven se dedicara plenamente a la música por un período de un año, siempre y cuando después retomara su curso de abogacía.

En 1828 finalmente logra concretar uno de sus sueños, tomar lecciones de piano con el célebre Friedrich Wieck; compartiendo las clases con Clara Wieck, la hija prodigio de su maestro, quien para ese entonces contaba con nueve años de edad. Desde la primera vez que Schumann la escuchó tocando el piano, se sintió atraído por su melodía y la habilidad musical de Clara recibió su más sincera admiración, sin siquiera imaginar que ella se convertiría más tarde en su esposa (Samuel, op.cit.)

Al año siguiente logra convencer a su madre para estudiar en la Universidad de Heidelberg, donde se vio obligado a retomar sus estudios de Abogacía, pero sin abandonar el piano.

⁸ Estos habrían de ser los primeros síntomas de su enfermedad. (Ostwald, 1985)

⁹ El alcoholismo de Robert Schumann lo acompañó durante toda su vida. El abuso y dependencia de sustancias presenta una elevada comorbilidad con el trastorno bipolar. Esto será estudiado en la sección de sintomatología. (Ioro, 2003)

¹⁰ Esta descripción coincide con un ataque de pánico. Será analizado en la sección de sintomatología.

En 1830 se determina a dedicar su vida a la música; abandonando su curso de abogacía y regresando a Leipzig, para retomar sus estudios con Weick. (Samuel, op. cit.)

A sus veinte años se instala entonces en la casa de Wieck; para dedicar el máximo tiempo posible a las clases de piano, abocándose por completo a su objetivo de convertirse en un virtuoso pianista y compositor. (Samuel, op. cit.)

Compuso, en este mismo año, su primera obra para piano solo: las Variaciones Abegg, una obra de elevadísima dificultad en cuanto a su ejecución técnica y muy destacada por su estética musical; lo cual fue considerado un hecho impresionante para el entonces principiante Schumann, y habría de marcar su inicio como compositor. (Schumann, Eugenie, op. cit.)

Para esa misma época también compone *Papillons*, considerada una obra de enorme sensibilidad, pero sin la dificultad técnica de su *Variaciones Abegg*, y *Allegro en B menor*. (Reich, op. cit.)

En ese momento Clara, con apenas once años de edad, ya había demostrado ser una prometedora pianista, y su padre pasa a dedicarse casi exclusivamente a la carrera de su hija, acompañándola en sus giras y descuidando, de esta forma, las clases de Robert, quien decide proseguir sus estudios con otro profesor que contara con mayor disponibilidad.

Es así como en 1831 abandona la casa de Wieck e inicia sus estudios de composición con Heinrich Dorn, director de la Ópera de Leipzig; pero esta iniciativa no prosperó porque Robert no estaba de acuerdo con la metodología de trabajo de Dorn y disintió de su concepción musical (Samuel, op. cit.).

Desde ese momento, el joven Schumann opta por encaminarse solo en sus estudios de composición, rechazando la idea de ser guiado por un profesor, si bien prosigue sus lecciones de piano con Wieck. (Samuel, op. cit.).

El año de 1832 resulta muy fructífero para Robert en cuanto a su ejercicio como intérprete y compositor. Es una época en la que se encontraba altamente inspirado; crea la obra para piano solo *Estudios sobre los Caprichos de Paganini*, en honor al genio del violín y basada en el impacto que éste le habría causado. También compone *Intermezzi*. (Samuel, op. cit.)

Para esta época estaba fascinado por la prodigiosa ejecución de Liszt, de quien decía “sus dedos parecen alargarse y encogerse por un resorte y, a veces, separarse de sus manos” (Reich, op. cit.:29); esta intensa admiración que bordeaba la locura, lo llevó a ser invadido por ideas obsesivas¹¹ que lo obligaban a mejorar su propia ejecución, sin importar el costo. Es así como a los veintidós años, obsesionado por la idea de independizar los movimientos del cuarto dedo y obtener así una mayor amplitud sobre el teclado, inventa un dispositivo que sería el fin de su carrera como concertista. El aparato que inventó consistía en un pequeño artefacto de madera que le sujetaba fuertemente el dedo anular de la mano derecha mientras estiraba los demás dedos; esta dinámica insoportablemente dolorosa, a la que extrañamente se sometió por su propia voluntad, terminaría por luxar y anquilosar su cuarto dedo (loro, op. cit.)

Es así como compone la *Toccata* (Opus No. 7)¹², la cual prescinde del dedo anular para su ejecución.

Su lesión lo llevó a un año de infructíferos tratamientos, con diversos médicos y curanderos; hasta que finalmente se resignaría a abandonar sus expectativas como intérprete y dedicarse a la composición. (Reich, op. cit.)

En 1833, a la frustración causada por su lesión se le sumaría la muerte de su hermano Julius y de su cuñada Rosalie, su amor platónico; ambos víctimas de una epidemia de cólera. Estas pérdidas provocarían en Robert una grave crisis de ansiedad, con ataques de pánico y agravada por sentimientos de desesperanza, insomnio e irritabilidad. Lo acompañaba persistentemente la idea de que “se estaba volviendo loco”, como él mismo menciona, y para liberarse de este pensamiento tortuoso intenta lanzarse por la ventana¹³. Cinco años más tarde le describiría a Clara aquella “noche premonitoria”: “En ese momento, se me cruzó la idea más terrible que puede tener un hombre, la más terrible con la que puede castigar el Cielo: perder la razón” (Samuel, op. cit.:47). Si bien logra salir ileso de este incidente, a partir de este momento pasaría a sufrir de fobia a las alturas y a los cuchillos, temor que lo acompañaría el resto de su vida.

Una vez que se sintió mejor, buscó refugio en compañía de sus amigos, músicos y escritores románticos con quienes mantenía largas horas de charlas en cafés. Fue entonces cuando decidió, junto con otros intelectuales de la época (como J. P. Lyser, E. A. Ortlepp, Julius Knorr y J. A. Wendt, entre otros) fundar la revista *Zeitschrift für Musik*. El objetivo de la misma sería combatir la tendencia inerte de las composiciones clásicas y “purificar” el arte de la música, ejerciendo una función de denuncia contra la mediocridad musical de la época. (Schumann, Eugenie, op. cit.)

¹¹ Las ideas obsesivas serán exploradas en la sección de sintomatología.

¹² Ver apéndice

¹³ Primer intento de suicidio de Schumann. Será estudiado a mayor profundidad en la sección de sintomatología.

Sus notas, consideradas demasiado innovadoras para la época y muchas veces con un tinte ofensivo, lo enemistaron con diversos músicos y artistas que él consideraba mediocres pero, simultáneamente, lo acercaron a virtuosos como Chopin y Mendelssohn, a quienes admiraba profundamente. (Samuel, op. cit.)

En esta época Schumann se vio inmerso en una ola de energía e hiperactividad; se sentía optimista y expectante de modificar el arte de la música, tanto en su posición de crítico musical como en el ejercicio de compositor; dormía poco y consumía alcohol en exceso. Actualmente se reconoce que estaba atravesando por un período hipomaniaco, pero alternado por fases depresivas (Ioro, 2003).

En una carta dirigida a Clara Wieck en 1838 escribe:

Desde 1833 empecé a sentir cierta melancolía (...) La noche del 17 de octubre me invadió el peor pánico que un hombre pueda sentir, el peor castigo que el Cielo pueda infligirle: el temor a perder la razón. Fue tan terrible este sentimiento que no hubo consuelo ni oración, ni desafío ni burla que pudiera apartarlo de mí. El terror me llevó de un lado a otro, sentí que me ahogaba sólo de pensar que se me paralizara el cerebro. ¡Oh, Clara! Nadie sabe el sufrimiento, el malestar, la desesperación que sentí, excepto quienes han sentido lo mismo. En mi terrible angustia acudí al médico y le conté todo: que mis sentidos a veces fallaban tanto y era tal mi terror, que ya no sabía a dónde volver la cabeza ni cómo hacer para no quitarme la vida en este terrible estado mental. (Samuel, op. cit.:196-197)

Vale citar aquí las palabras de Jamison (op. cit.:197) cuando hace referencia a esta época de Robert diciendo que “Los períodos de notable actividad creadora, productividad y alegría se entretrejan con la otra tela aterradora y triste de la vida de Schumann.”

En este mismo año (1833) además de escribir numerosas notas para la revista, compuso *Impromptus y Estudios de Concierto sobre los Caprichos de Paganini (Libro II)*. (Reich, op. cit.)

Pero es en 1834 cuando compone sus dos prestigiosas obras-primas para piano solo: *Estudios Sinfónicos y Carnaval Opus 9*¹⁴, ambas trabajadas desde la tensión entre opuestos. (Stern, 2006)

Luego de dos años de la fundación de la revista, Robert asume el control de la edición de la revista; cuyo título cambiaría a *Neue Zeitschrift für Musik*, es decir, Nueva Revista de la Música.

La nueva revista contaría con la colaboración de importantes músicos como Wieck, Wagner y Mendelssohn; y, por decisión de Robert, todos los artículos estarían firmados bajo algún pseudónimo, escondiendo la verdadera identidad del autor.

Robert imaginaria luego que todos los miembros y colaboradores de la revista formaban parte de una sociedad secreta¹⁵ a la cual él también pertenecía, y que denominaría *Davidsbundler*, “La Liga de David”. Este grupo estaría conformado también por reconocidos compositores ya fallecidos, entre los cuales figuraban Beethoven, Mozart y Bach, entre otros.

Robert consideraba que esta sociedad secreta tenía como objetivo defender y expandir la música romántica y luchar contra los “Filisteos”, término que utilizó para identificar a los representantes de la música burguesa mediocre, la cual se caracterizaba, según él, por su “teatralidad banal y vacía”, carente de buen gusto y lejos del virtuosismo que falsamente proclamaban (Samuel, op. cit.).

Cada uno de los colaboradores tomaría algún pseudónimo particular, siendo “Rey David” el que usaría Schumann; puesto que se consideraba a sí mismo el líder de la sociedad secreta y tenía la certeza (psicótica) de que su función en el mundo era exterminar a los Filisteos y mejorar el arte de la música¹⁶.

Más tarde este pseudónimo se vería reemplazado por dos personajes opuestos, Eusebius y Florestán, a quienes Robert clasificaba de “sus mejores amigos”, siendo estos dos el reflejo de la personalidad ambivalente del compositor y los representantes intelectuales de su trastorno bipolar, proyecciones poéticas de su propia multipersonalidad (Stern, 2006).

Eusebius y Florestán se conocen como los alter-ego del músico y son denominados por él mismo como sus “dobles” (Ioro, op. cit)

Eusebius es dócil y sereno, representa el aspecto introspectivo, poético y reflexivo de Robert; su profunda sensibilidad llega a rozar, por momentos, la misma melancolía. Es el reflejo de la faceta soñadora y apacible de Schumann (Ioro, 2003).

Florestán, por el contrario, es impulsivo, agitado y extrovertido. Su naturaleza enérgica y acelerada atraviesa por estados de euforia así como de furia. Representa la otra faceta de la personalidad de Robert, su espíritu embriagante y desenfrenado, sus estados de exaltación y de frenesí (Ioro, op. cit.).

¹⁴ Ambas serán desarrolladas en la sección de *obra y psicopatología*.

¹⁵ Ioro (2003) considera esto una idea delirante propia del trastorno de Schumann.

¹⁶ Delirio de grandeza que será analizado en la sección de *psicopatología*.

Estos dos alter-egos acompañarían a Robert hasta sus últimos días; a veces aparecerían luchando entre ellos, como se puede observar durante los episodios mixtos del músico, en los cuales se debatían y convivían a duras penas la manía con la melancolía; y otras veces cediendo su protagonismo el uno al otro, ya sea durante las fases maníacas, bajo el mando de Florestán, o en los episodios depresivos, bajo el reinado de Eusebius.

Ambos personajes ficticios están presentes en toda la obra de Robert, ya sea a través de pseudónimos en sus artículos y críticas; en las historias que relata a través de sus producciones artísticas, o en los movimientos de sus composiciones musicales. Pero por sobre todo, están presentes en la propia vida personal del autor, señalando así lo que sería la constante lucha de su destino.

En 1935 compone su *Opus 11, Gran Sonata No. 1 en fa sostenido menor* y la, *Gran Sonata No. 3 in fa menor "Concierto sin Orquesta", Opus 14*.

Para este momento, Clara ya contaba con 16 años y sus dotes en el piano la habían llevado a la fama. La relación de compañerismo musical y de mutua admiración que tenían Robert y la pianista lentamente se fue transformando en amor.

Sin embargo esta relación amorosa se vio impedida por el padre de Clara, quien se opuso al noviazgo entre ambos puesto que no lo consideraba un buen partido para su hija. Wieck conocía el temperamento inestable de su alumno, su adicción al alcohol, su inconstancia y sabía que, a pesar del reconocimiento que contaba en su círculo, Schumann estaba mentalmente perturbado. Lo amenazó de muerte y juró con dispararle si volvía a aproximarse a su hija. Finalmente, optó por enviar a Clara a Dresde y alejarla definitivamente de su enamorado. Sin embargo, esto no impidió que se siguieran relacionando a través de cartas. (Samuel, op. cit.)

Al año siguiente (1836) falleció la madre de Robert, y éste se vio sumergido en la depresión y en el alcohol. (Samuel, op. cit.)

Una vez recuperada, Schumann se volcó por entero a la composición musical, siendo esta una etapa sumamente productiva en su vida; que estuvo marcada por el carácter imaginativo de sus obras. Un ejemplo de éstas es la *Fantasia Kreisleriana, Opus 16*¹⁷ (1838), basada en el personaje de ficción Johannes Kreisler, personaje de Hoffman. Este grupo de piezas escritas en forma de rondó fue dedicado a Frédéric Chopin (Samuel, op. cit.).

También escribió la "Fantasía en Do Mayor" (1836) y el "Carnaval de Viena" (1839), los cuales lo dotaron de fama y buena reputación.

En 1839 Clara y Robert acudieron a la justicia, con el fin de obtener el permiso para consolidar su matrimonio sin el consentimiento del padre de la joven. (Schumann, Eugenie, op. cit.)

Durante este arduo proceso judicial, tiene lugar uno de los episodios que marcarían un hito en la enfermedad mental de Schumann y darían lugar a una serie de perturbaciones psíquicas: la muerte de su hermano Esteban. Este suceso se dio algunos días después de que Schumann escuchara en el campo un misterioso coral de trompetas, el cual interpretó como una premonición. Esta tragedia dejaría al joven músico sumido en la angustia y la depresión, llevándolo a un estado de inactividad (Samuel, op. cit.).

Finalmente la Corte falló a favor de los jóvenes enamorados e informó su veredicto el 1º de Agosto de 1840; por lo que la boda se fijó sin demora para el 12 de septiembre, fecha que ambos recordarían como el día más feliz de sus vidas. Para este entonces, Robert contaba con 30 años y Clara cumpliría 21 al día siguiente.

Este enlace fue decisivo tanto en la vida de Robert como en su carrera musical. Clara habría de ser su inspiradora, su colega y su sostén hasta sus últimos días (Samuel, op. cit.).

El primer año de matrimonio se caracterizó por ser un período sumamente productivo en la vida de Robert, quien claramente atravesó, durante esta época, por una fase maníaca, que lo llevó a una actividad compositora febril. En menos de un año compuso cerca de 150 obras musicales y se convirtió en el segundo gran maestro del género lied, siendo encabezado únicamente por Schubert (Reich, op. cit.).

Las palabras que escribió en su diario durante esta época describen su excitación:

"Desde ayer en la mañana he escrito 27 páginas de música de la que sólo puedo decir esto: mientras la compañía, reí y lloré de alegría" (Eugenie Schumann, op. cit.).

El amor le sirvió como fuente de inspiración en algunas de sus obras más famosas, principalmente en piezas para piano, que pudieran ser interpretadas por Clara. Sin embargo su esposa lo incentivó a que fuera más allá del piano y que compusiera para la orquesta, volcando su talento hacia "formas mayores"; aunque el piano jamás abandonó su protagonismo, inclusive en estas (Samuel, op. cit.).

¹⁷ Será desarrollada más adelante en la sección de *obra y psicopatología*.

En esta época compuso su Primera Sinfonía en R menor, a la que tituló de *Primavera*, en mención a la felicidad que estaba viviendo con Clara. En marzo de 1841 fue estrenada bajo la conducción de Felix Mendelssohn. (Samuel, op. cit.)

Al año siguiente, luego de estudiar detenidamente a Haydn y Mozart, compuso tres Cuartetos para cuerdas, un Quinteto para Piano, un Cuarteto para Piano y las “Fantasías de para Clarinete y Piano”. Sin embargo esta fase altamente productiva se vería detenida luego por un período de “agotamiento”, en el cual Robert se mostraba sumamente desganado, sin energía y con ánimo depresivo, y lo perseguía la idea de quitarse la vida¹⁸ y el temor a sufrir un completo colapso mental (Samuel, op. cit.). Actualmente podemos reconocer que esto no se trataba solamente de las consecuencias de un “agotamiento físico”, sino de una fase depresiva.

Este estado le duró algunos meses, pero una vez recuperado, en 1843, se adentró en un nuevo género, el oratorio, a través del cual alcanzó reconocimiento internacional y se convirtió en un virtuoso del *lied* (Reich, op. cit.).

Gracias a la influencia de su cuñado Mendelssohn, fue contratado en el Conservatorio Leipzig, donde ejerció la labor de Profesor de Piano, Composición y Lectura; a la vez que prosiguió con la tarea de la composición y del periodismo musical.

Nuevamente sucumbió bajo el velo de la tristeza luego de que Mendelssohn se retiró de la Orquesta *Gewandhaus* de Leipzig, decepcionado que no le hubiesen ofrecido el cargo de su cuñado. Buscó entonces refugio en el contrapunto y se dedicó al estudio de las fugas de Bach.

Con el nacimiento de su segunda hija, Elise, su esposa se vio en la necesidad de cooperar con los ingresos económicos de la familia y organizó una gira de conciertos por Rusia. Robert no tomó esta decisión con agrado, pero aceptó la iniciativa de su esposa, siempre y cuando la acompañara en su gira. No obstante este viaje le causó nuevamente una severa crisis nerviosa, que lo llevó a abandonar definitivamente el periodismo y la crítica musical.

En 1844 se mudaron a la ciudad de Dresde. Schumann estaba envuelto por completo en la composición de la música para la ópera “Fausto”, hecho que lo llevó al agotamiento mental, precipitando una nueva crisis depresiva (Samuel, op. cit.).

Si bien ni Robert ni Clara eran felices en Dresde y consideraban que la verdadera música no era valorada en esta ciudad, presentaron cierta renuencia a mudarse nuevamente porque Robert había conseguido allí un puesto de trabajo dirigiendo la Liedetafen, y este cargo lo ayudaba a mantener a su familia, que ya contaba con cuatro hijos (Samuel, op. cit.).

La crianza de sus hijos lo llevó a componer “Escenas de Niños” y creó también el “Álbum para la juventud”, que constaba de un conjunto de piezas simples para que los niños pudieran aprender de una forma lúdica y sencilla (Samuel, op. cit.).

El año de 1846 daría inicio nuevamente a una difícil etapa en la vida del compositor, puesto que sus alteraciones mentales se complicarían aún más con alucinaciones auditivas que lo martirizarían hasta sus últimos días. (Samuel, op. cit.; Reich, op. cit.; Schumann, Eugenie, op. cit.)

Al año siguiente tuvo que lidiar con dos muertes que lo sucumbirían nuevamente en la oscuridad de la melancolía, la muerte de su gran amigo y benefactor, Felix Mendelssohn, y la pérdida de su pequeño hijo Emile, quien contaba con apenas 16 meses de vida. (Samuel, op. cit.)

Luego de un año de estancamiento causado por una profunda depresión, Robert recobró la dicha y la actividad productiva ante el nacimiento de su quinto hijo, Ludwig. A partir de este feliz episodio, el compositor logró terminar su obra “Genoveva” y, pese a que su estado mental se encontraba cada vez más delicado e inestable, atravesó por una etapa de alta productividad, inducida, probablemente, por la fase maníaca que Robert estaba atravesando en ese entonces (Samuel, op. cit.).

El año de 1849 es sumamente importante en la obra de Schumann, puesto que este período significó la época más productiva del compositor a nivel musical. Durante este año compuso un número de obras mayor al producido en la suma total de otros años (Stern, 2006).

En el año siguiente Robert fue nombrado Director Musical de Düsseldorf.

Si bien la pareja logró acomodarse cálidamente en esta ciudad, la salud de Robert estaba en detrimento, además del padecimiento de su trastorno bipolar, el músico también debió soportar los síntomas de la sífilis que había contraído en su juventud. Sufrió de fiebres reumáticas y su sistema motriz se vio alterado. Nuevamente cayó en la sombra de la depresión, lo cual le provocó insoportables insomnios. Sin embargo en este momento de su vida se reavivó su pasión por la composición y se dedicó a la creación de importantes obras, entre las cuales figuran las sonatas para violín y piano, el “Concierto para Violonchelo y Orquesta”, la “Música Incidental para Julio César” y el “Réquiem para Mignon”. (Samuel, op. cit.)

¹⁸ Ideación suicida. Este tema será desarrollado en *sintomatología*.

A pesar de su intensa y exitosa labor compositora, su rol como Director Musical no sufrió el mismo destino y fue muy cuestionado por los músicos locales, quienes lo acusaron de dirigir con desgano e indiferencia, de ausentarse constantemente y le reprocharon su inestable conducta social; si bien era una persona cálida, debido a su cambiante estado anímico muchas veces se presentaba violento, impaciente e irascible (Samuel, op. cit.).

Este comportamiento “poco confiable e irresponsable”, según calificaron sus colegas, acarrió con que luego de tres años de duras críticas y malestares en el círculo musical regional, y una fuerte presión por parte de los integrantes de la orquesta, Robert fuera presionado a renunciar a su cargo de Director Musical por incapacidad para el ejercicio del mismo (Samuel, op. cit.).

A pesar del detrimento de su salud mental y de los conflictos interpersonales que sufría debido a su enfermedad, su capacidad compositora permaneció intacta y le dotó de diversas obras en este período que, sin embargo, sería su última fase verdaderamente productiva. Nuevamente la luz de la vida se había asomado al hogar Schumann, con el nacimiento de su hija Eugenie, un 1º de diciembre de 1851. Dos años más tarde, nacería el octavo y último hijo de la pareja (Schumann, Eugenie, op. cit.).

Durante esta época compuso la Tercera Sinfonía “Renana”, el Concierto para Violonchelo, la versión final de la Cuarta Sinfonía, varias oberturas, dos sonatas para violín, dos cantatas, una Misa y un Réquiem.

A pesar de lograr mantener un acelerado ritmo compositor, la salud mental de Robert se encontraba severamente perturbada y el año de 1853 implicaría una cadena de graves síntomas mentales que lo llevarían a un insostenible sufrimiento psíquico (Samuel, op. cit.).

Padeció de insomnios persistentes que se agravaban y extendían cada vez más; experimentó sus primeras alucinaciones auditivas, saltos bruscos de humor y recurrentes ataques de mudez. A esta sintomatología se sumó una idea obsesiva por las mesas giratorias, las cuales asociaba directamente con los “espíritus con quienes se comunicaba” y afirmaba que las mesas lo “sabían todo” (Samuel, op. cit.). Su hija Eugenie (op. cit.) relata que Robert le contaba, desde su más temprana edad, que se contactaba con las almas de sus difuntos amigos y que las mesas giratorias lo ayudaban en esta tarea. Robert decía mantener una relación espiritual con los espectros de Goethe, Schiller, Jean Paul Bach y Schubert pero esta idea delirante cobraría mayor fuerza más adelante.

El 1º de octubre de 1853 tuvo lugar un hecho que Clara y Robert calificarían de “milagroso”: la aparición en sus vidas del joven Brahms, quien había decidido visitar el hogar de los Schumann y conocer así a la famosa pareja de pianistas (Samuel, op. cit.).

Así como Robert había descubierto un genio en Chopin años atrás y lo había reconocido como un “hermano de armas”, en Brahms vio un “hijo espiritual” y decidió ser su protector, su amigo y su mentor (Samuel, op. cit.).

La presencia de Brahms tuvo un efecto revitalizador en Robert y este comenzó a mostrarse entusiasta, optimista y enérgico nuevamente, aunque nada podría impedir el avance de su deterioro psíquico. Su producción musical nuevamente se vio en alza, y el año de 1853 se caracteriza por la cantidad de obras que Robert compuso (Samuel, op. cit.).

Después de la partida del joven Johannes, los Schumann emprendieron una gira por diversas ciudades de Holanda. Este viaje resultó desgastante para la precaria salud de Robert y los acontecimientos que marcarían su trágico fin se vieron precipitados.

En la noche del 10 de febrero, Robert sintió dolores de oído tan violentos que no pudo cerrar un ojo en toda la noche. Oía en forma constante una sola nota, y a veces, otro sonido. Eso se prolongó durante todo el día. La noche del sábado 12 fue otra vez terrible, así como el día siguiente. Luego, los dolores se calmaron en el transcurso de la mañana durante dos horas y volvieron a empezar a las diez. Mi pobre Robert sufre terriblemente. Todos los ruidos resuenan dentro de él como música. Dice que se trata de una música tan maravillosa, con sonoridades instrumentales tan prodigiosas, que nadie oyó nada igual en este mundo. Pero, por supuesto, eso lo agota terriblemente (...) Repitió varias veces que si eso no cesaba, su espíritu quedaría destruido. (Samuel, op. cit.:284)

Los días subsiguientes a esta crisis no lograron estabilizar al músico ni darle sosiego a su esposa, quien se mantenía a su lado día y noche, observando cada uno de sus movimientos.

Schumann se lamentaba que los espíritus invadían sus pensamientos y le aturdían la mente.

En la noche del 17, bajo el dictado de los ángeles, transcribió el “Tema de los espíritus”, sobre el cual luego compuso sus *Variaciones en mi bemol*. Estuvo divagando toda la noche, con los ojos abiertos mirando al techo, probablemente esto se deba a alucinaciones visuales, que lo obligaban a mirar hacia arriba, donde observaba “ángeles” (Samuel, op. cit.).

Clara escribió en su diario:

Divagó toda la noche, siempre con los ojos abiertos, como mirando al cielo. Creía con firmeza que había ángeles volando a su alrededor y le traían revelaciones celestiales, envueltos en una música maravillosa. Nos daban la bienvenida y nos invitaban a unimos a ellos (...) Llegó la mañana y, con ella, un cambio terrible. Las voces de los ángeles se habían convertido en voces demoníacas dentro de la música más atroz; los demonios le decían que sería condenado y que querían arrojarlo al infierno. Empeoró hasta llegar a un estado de paroxismo nervioso. Aullaba de dolor (como nos dijo más tarde, lo sujetaban demonios en forma de hienas y tigres), y dos médicos que, por suerte, acudieron de inmediato, lograron a duras penas dominarlo. Jamás olvidaré su mirada, una expresión de verdadero tormento. Después de media hora, retornó la calma, y Robert pensó que le hacían oír de nuevo voces amables para tranquilizarlo. Los médicos lo acostaron en la cama. Se quedó quieto varias horas, luego se levantó y le hizo algunas correcciones a su Concierto para violonchelo. Pensaba que así podría aliviar la incesante reverberación de los sonidos. (Samuel, op. cit.:286)

Eugenie Schumann (1944:56), a su vez, también relata esta experiencia de su padre y describe las alucinaciones terroríficas de la siguiente manera:

Llegó la mañana, y con su arribo un terrible cambio. Las voces angélicas se trocaron en voces de demonios, con música espantable; los demonios le dijeron que era un pecador¹⁹ y que querían arrojarlo al infierno: verdadero paroxismo de nervios; gritó de dolor, y dos médicos apenas podían sujetarlo. Después de media hora se calmó y manifestó que oía voces más amistosas que lo alentaban.

Las alucinaciones auditivas de Schumann alcanzaron su punto máximo entre el 10 y el 17 de febrero. Decía haber recibido una magnífica melodía del espíritu de Schubert y, luego de transcribirla, compuso algunas variaciones sobre esta.

Su enfermedad seguía aumentando.

El lunes 20 Robert permaneció todo el día en silencio en su pupitre, con papel y tinta, en una suerte de mutismo, escuchando “las voces de los ángeles”, se mantuvo en esta posición de forma intacta, y solo se movió unas pocas veces para escribir algunas palabras (Schumann, Eugenie, op. cit.).

La noche del martes 21 regresaron los delirios persecutorios y de culpa²⁰. No durmió en toda la noche; según las palabras de Clara, Robert “hablaba de continuo”. Insistía en que era un criminal y que por eso estaba obligado a leer todo el tiempo la Biblia²¹ (Samuel, op. cit.).

Durante los días subsiguientes sus ideas alternaban espíritus buenos y malos que lo bendecían con melodías grandiosas y lo insultaban con sonidos martirizantes y terroríficos, respectivamente.

Por sobre todos estos sonidos predominaba la nota La; pensaba que esta nota era una melodía divina proveniente del más allá, enviada por Schubert y por Chopin. Este sonido que tanto lo fascinaba, por momentos se le volvía insoportable y lo atormentaba sin descanso (Samuel, op. cit.).

No obstante, aún así lograba mantener su capacidad creadora y pudo continuar con su obra. El miércoles 23 volvió a la conciencia y se dedicó a trabajar en sus *Variaciones*.²²

El domingo 26 Robert se presentaba de buen ánimo y, aparentemente, mostraba un estado eufórico, posiblemente haya ciclado a un estado hipomaniaco o maniaco. Según Clara “manifestó gran interés en tocar para Dietrich la sonata de un joven músico, Martin Cohn. Esto le produjo un estado de gozosa excitación, hasta el punto de que su frente estaba bañada en transpiración. Luego, devoró rápidamente una gran cena”. (Samuel, op. cit.:288)

Esa misma noche se levantó repentinamente de la cama, pidió su ropa y anunció que debía internarse en una clínica mental puesto que “ya no se sentía dueño de sus sentidos, e ignoraba lo que podía llegar a hacer durante la noche.” (Samuel, op. cit.:288)

Sin embargo su médico tratante, el Dr. Böger, y Clara lo convencieron de que permaneciera en su cama y que esperara a la mañana siguiente.

Robert apenas dormitó por algunos minutos y cuando se levantó de la cama se mostró afectado por una intensa melancolía. (Samuel, op. cit.)

El lunes 27, mientras Clara conversaba con el médico, Schumann abandonó la casa descalzo, vistiendo apenas su larga bata, bajo una lluvia torrencial.

Toda la familia salió a buscarlo pero no lograron encontrarlo hasta que fue traído empapado y cubriéndose el rostro con las manos por dos hombres, que lo habían rescatado del río. Robert, en su des-

¹⁹ Autorreproches y delirios de culpa típicos de la melancolía.

²⁰ Los delirios serán analizados en la sección de sintomatología.

²¹ Probable taquipsiquia: aceleración del ritmo del pensamiento. (Gobbi, 2008)

²² Estas piezas, de tinte angustioso, se consideran de excepcional calidad y son sumamente conmovedoras.

esperación, habría saltado del puente adentrándose en las aguas del Rin. Sin embargo fue rápidamente rescatado por los marineros que allí se encontraban.

Inmediatamente impidieron que Clara lo viera, por temor a un sobresalto y sobreexcitación de Robert. También temían por la salud de Clara, quien para esta época presentaba un embarazo de cinco meses de gestación. (Samuel, op. cit.)

Al día siguiente Robert no descansó absolutamente nada, y permaneció en su escritorio escribiendo las Variaciones compulsivamente. Parecía no lograr frenar su escritura.

El miércoles 1º de Marzo los médicos tratantes de Schumann, el Dr. Böger y el Dr. Hasenclever le informaron a Clara que finalmente habían decidido internar a Robert en la clínica privada del Dr. Richarz, en Endenich. (Samuel, op. cit.)

El 4 de marzo Robert fue enviado a la clínica mental de Endenich, donde lamentablemente permanecería el resto de sus días y jamás llegaría a conocer a Felix, su último hijo.

Después de la noche del 26 de febrero, Clara no volvería a ver su esposo por impedimento médico durante casi treinta meses, hasta el día en que le pidieron que fuera con urgencia a visitarlo, para despedirse de él. (Samuel, op. cit.)

Durante su larga estadía en la clínica de Endenich, las únicas visitas que recibió Robert se limitaron a sus queridos amigos Brahms y Joachim, quienes le informaban a Clara acerca del estado físico y mental de su esposo. (Samuel, op. cit.)

Su esposa fue un par de veces a Endenich, pero se limitaba a observarlo de lejos, puesto que Robert se negaba a verla y los médicos tampoco consideraban conveniente este encuentro; temían que este suceso aumentara los nervios del paciente, empeorando su estado. (Samuel, op. cit.)

En junio de 1855, luego de un año y medio de la internación de Robert, en una de las pocas visitas que realizó Clara al instituto, el médico le dio la noticia de que Robert no llegaría a vivir un año más. Enfermo de sífilis, sus síntomas físicos se veían agravados por la psicosis maniáca depresiva que se estaba apoderando por completo de su ser (Samuel, op. cit.). Además, había dejado de comer desde hacía ya varias semanas, y aunque estaba alimentado desde una sonda gástrica, su debilitamiento era severo. Diversos autores opinan que cuando Robert perdió la esperanza de recuperarse de su trastorno mental decidió dejar de ingerir cualquier tipo de alimento con el fin de acelerar su muerte (Ostwald, 1985).

El 23 de julio Clara, en oposición a las indicaciones médicas, Clara fue a Endenich e ingresó decidida a su cuarto, en donde lo encontró tan debilitado que, a pesar de su esfuerzo por abrazarla, perdió el control de sus miembros.

Al día siguiente Clara y Johannes sólo pudieron ver a Robert a través de una ventana, puesto que los médicos declararon que se encontraba demasiado delicado para recibir visitas. Sin embargo, a través de esta ventanilla Clara alcanzó a darle con la punta de sus dedos vino y jalea, los únicos alimentos que Robert ingería desde hacía varias semanas. (Samuel, op. cit.)

“Succionó mi dedo con precipitación y una expresión de felicidad. ¡Sabía que era yo!”

(Samuel, op. cit.:223)

Al día siguiente, el 29 de julio de 1856, a las cuatro de la tarde, murió Robert Alexander Schumann, a los 46 años de edad.

El psiquiatra Ostwald (1982) explica que alimentación repentina de pacientes que han perdido gran cantidad de peso como resultado de la inanición crónica induce al colapso neurocirculatorio, e indica que éste es un shock fisiológico tan grave que muy pocos pueden sobrevivir a él.

Este autor (op. cit.) considera que Schumann intentó suicidarse matándose de hambre, pero la felicidad esperanzadora que sintió al ver a su amada esposa lo indujo a comer. Sin embargo, el comer en su estado precipitó su muerte.

3.3 Sintomatología

A través del análisis de la biografía de Robert Schumann, es posible detectar síntomas característicos del trastorno bipolar tipo I, con posibles episodios mixtos, lo cual aumentaría el riesgo suicida del compositor. La lectura y el análisis de su biografía permiten entrever la oscilación entre sus fases maniacas o hipomaniacas y sus fases depresivas.

Vallejo Ruiloba (1999:548) define a los episodios mixtos como la “combinación de ánimo deprimido con aceleración del curso del pensamiento y ansiedad, lo que comporta un elevado riesgo suicida.”

Si bien la biografía de Robert denota desde su temprana juventud un temperamento ciclotímico con tendencia depresiva, su primer episodio depresivo propiamente dicho tiene lugar a sus 16 años; y es desencadenado por la muerte de su padre y el suicidio de su hermana. En esta misma época presentó

su primer ataque de pánico y comenzó a sentir que se estaba volviendo loco. Los ataques de pánico son frecuentes en la depresión, puesto que la gran mayoría de los sujetos deprimidos presentan un elevado grado de ansiedad (Barlow, 2002).

En 1829 atraviesa por un período de euforia, alegría, energía y mucha productividad. Él mismo describe su estado anímico del siguiente modo: “Si supieras cómo mi mente nunca deja de trabajar, y ya habría llegado a la sinfonía número 100 si las hubiera anotado (...) a veces estoy lleno de música y las melodías me rebosan tan rápidamente que me es imposible escribirlas” (Jamison, 1998:195). A través de estas palabras podemos deducir que Robert se encontraba viviendo una fase maníaca o hipomaníaca, con fuga de ideas, aceleración del pensamiento y de la actividad motora e hiperproductividad.²³

El año de 1830 también significó para Robert un período de optimismo, productividad y exaltación. Esto se puede verificar tanto a partir de sus obras como de sus propias palabras cuando hace referencia a su estado de ánimo: “Me siento tan fresco en cuerpo y espíritu como si la vida brotara a chorros a mi alrededor, de mil fuentes, esto es obra de la divina fantasía y de su varita mágica”²⁴ (Jamison, op. cit.:196).

Los meses subsiguientes a la muerte de su hermano Julius y de su cuñada, se caracterizaron por la inactividad, tristeza, anhedonia²⁵ y lo que sus conocidos referían como un “total desinterés por el mundo circundante”, es decir, apatía; estos sentimientos lo llevaron a permanecer en total aislamiento, lo que nos permite entrever una crisis depresiva. (Samuel, op. cit.)

Los episodios depresivos de Robert se caracterizaron por una significativa anhedonia, hipoabulia y por momentos también se puede inferir la existencia de abulia. También sufría de astenia, durante las fases depresivas tenía una importante sensación de agotamiento generalizado. Estos síntomas le impedían trabajar y lo conllevaron a períodos de total inactividad. (Samuel, op. cit.; Ostwald, op. cit., loro, op. cit.)

Otro de los síntomas depresivos que sufrió Schumann es la ideación suicida, debió convivir con la idea de matarse durante casi toda su vida. Desde muy joven le invadió esta idea, que lo acompañaría el resto de sus días. (Jamison, op. cit.; Reich, op. cit.)

La intensidad de esta ideación suicida sería llevada al plano de la acción más de una vez. Se sabe que a los 23 años intentó quitarse la vida saltando desde su ventana; su segundo intento suicida data del 27 de febrero de 1853, cuando se arrojó a las aguas heladas del río Rin. Estos dos intentos de suicidio presentan las características de una *melancolía ansiosa*, la cual abandona la inhibición psíquica típica de la depresión para dar lugar a una agitación interior. Esta agitación lleva al paciente a gesticular, rumiar y deambular violentamente, llevado por el desasosiego y siempre a la espera de la fatalidad inexorable (Ey, 2008). Su negación a alimentarse durante su internación en Eendenich podría atribuirse a un tercer intento suicida, según algunos autores como Ostwald (1985). Esta hipótesis coincide con la teoría de Ey (2008) sobre los *melancólicos inhibidos*, quienes intentan concretar el suicidio de forma pasiva a través del rechazo de alimentos. El acto de negar a alimentarse hace referencia, simbólicamente, a la negación de la vida misma.

La historia del compositor nos permite entrever una personalidad con rasgos obsesivos acentuados que, sumados a la expansividad de su faceta maníaca, lo llevaron a lesionarse su cuarto dedo, debido al incorrecto uso de un dispositivo que él mismo creó para independizar este dedo de los demás. Esta decisión de Robert se debió a su obsesión por aumentar la amplitud de su mano en el piano, intentando así superar la ejecución de Liszt, famosa por la capacidad de extensión que alcanzaban sus dedos sobre el teclado. Las ideas obsesivas de Schumann también se manifiestan a través de la temática de las mesas giratorias, las cuales captaban su atención enormemente y luego comenzó a relacionarlas con espíritus con quienes se comunicaba.

Robert sufrió de delirios y alucinaciones en el transcurso de su enfermedad, los episodios psicóticos por los cuales atravesó denotan un trastorno bipolar de tipo I, según el DSM.

Se puede observar que Robert sufrió delirios místicos durante varios años. Decía relacionarse con las almas de diversos difuntos. En sus últimos tiempos, afirmaba que los sonidos que escuchaba eran enviados por los espíritus; entre éstos figuraban músicos virtuosos.

También fue asaltado por delirios de culpa, típicos de la melancolía. No se sentía digno del amor de su esposa (Samuel, op. cit.). Es probable que estos delirios de autculabilidad y los autorreproches estuvieran relacionados con las alucinaciones visuales y auditivas de demonios que le decían que era un pecador.

Los delirios persecutorios también están presentes en la historia de Robert, puesto que pensaba que lo perseguían espíritus malignos que deseaban llevarlo al infierno.

²³ Los síntomas maníacos serán estudiados en la sección de sintomatología.

²⁴ Episodio maníaco. Hipertimia placentera con estado de ánimo eufórico.

²⁵ Pérdida de interés y/o abandono de las actividades placenteras habituales (Gobbi, 2008).

Experimentó alucinaciones visuales y auditivas en sus últimos años. Durante la última semana que permaneció en su casa antes de ser internado definitivamente, que data del 10 al 17 de febrero de 1856, presentó alucinaciones auditivas persistentes. Se manifestaban como sonidos magníficos y a la vez horripilantes que, si bien lo maravillaban, también lo torturaban al punto de no poder soportarlos. También escuchaba constantemente la nota La, la cual aducía que era enviada por Schubert (Samuel, op. cit.).

Con respecto al curso del pensamiento de Robert, se pueden entrever dos tipos de alteraciones: aceleración del curso del pensamiento, por un lado, y mutismo, por el otro. La taquipsiquia que Schumann presentaba durante sus fases maníacas se puede evidenciar a través de su logorrea e incoherencia en el habla, que es descrita tanto por Clara como en su patografía en Eendenich. La aceleración del curso de pensamiento puede provocar descarrilamientos, que se manifiestan en forma de fuga de ideas (Ey, op. cit.).

Su comportamiento social durante sus episodios maníacos se mostraba indiscreto y osado, lo cual se puede evidenciar a través de la conducta sexual hiperactiva que caracterizó su juventud, entre otros excesos. También en algunas oportunidades se mostraba impulsivo, violento y agresivo; a través de sus notas en la revista *Zeitschrift für Musik* ofendió e insultó a varios músicos de su época. (Iloro, op. cit.)

Otro síntoma típico del trastorno bipolar que está presente en la historia de Robert es la pérdida de peso. En sus últimos años sufrió un grave adelgazamiento como producto de la pérdida de apetito y de su rechazo a comer. Esto se puede atribuir a su estado depresivo grave (Ostwald, op. cit.).

También encontramos en la historia de Schumann trastornos del sueño. En diversas ocasiones sufrió de insomnio, tanto en fases maníacas como así también en las depresivas. Según Ruiloba (1999:549) “el paciente maníaco presenta casi invariablemente insomnio, que a menudo es uno de los síntomas precoces de descompensación. Puede ser de primera o segunda parte o de ambas, y no va acompañada de sensación de fatiga.”

A continuación se presenta un resumen²⁶ de la psicopatología de Robert Schumann durante su internación en Eendenich (Ostwald, op. cit.):

04/03/1854 al 12/11/1854

Ideas delirantes débiles

Ecolalia

Idea de que Dusseldorf había sido destruido.

Repite todo lo que el enfermero le pide.

3/11/1854 a 13/01/1855

Ideas persecutorias.

Soliloquios.

Desconfianza en relación a las personas, idea de que le podrían robar.

Habla solo en frente al piano.

Conducta agresiva.

Pérdida de coherencia en el discurso.

Ataca a su enfermero.

14/01/1855 a 20/04/1855

Ideas persecutorias

Alucinaciones auditivas

Idea de que estaba siendo envenenado.

Gritos y rumiación que evolucionan hasta convertirse en sonidos de demonios.

21/04/1855 a 06/06/1855 Negativismo y opositorismo

Agresividad súbita.

Persecutoriedad

No colabora, no responde cuando le solicitan.

Ataca al enfermero súbitamente a la noche.

²⁶ El registro médico de Schumann en Eendenich se encuentra actualmente en la Academia de Artes de Berlín y ha sido utilizado por diversos biógrafos. (Ostwald, op. cit.)

07/06/1855 a 11/07/1855

Conversaciones imaginarias

Delirios

Durante algunos períodos habla con un ser invisible que lo detesta.

Sensación de que el ser invisible penetra en su mente.

12/07/1855 a 17/09/1855

Deterioro del discurso

Agresividad / Persecutoriedad

Balbucea por lo bajo; raramente se comprende lo que dice

18/09/1855 a 28/10/1855

Automatismo en el discurso

Pérdida franca de coherencia en el discurso

Rehúsa alimentarse

Cántico repetitivo, incesante y monótono.

29/10/1855 a 27/11/1855

Discurso totalmente incomprensible

Deja de tocar el piano

Rehúsa alimentarse

Nada más de lo que dice es comprendido

Se niega a ir a la sala donde se encuentra el piano

8/11/1855 a 31/03/1856

Neologismos

Franco adelgazamiento

Crea palabras nuevas

01/04/1856 a 26/06/1856

Gestos confusos

Embotamiento afectivo

Agitación repentina

Franco adelgazamiento

26/01/1856 a 29/07/1856

Cuadro febril

3.4 Obra y psicopatología

El trastorno Bipolar se caracteriza por la alternancia entre episodios maníacos y depresivos. Según Barlow y Durand (2007:216) este tipo de trastorno es equiparable a una “montaña rusa interminable que va de las cimas de la euforia a las profundidades de la desesperación.” En el caso de Schumann, estas “vueltas de montaña rusa” no sólo se manifestaron en su vida personal, sino que fueron de algún modo anunciadas y metaforizadas en palabras por él mismo, a través de los personajes que Robert poéticamente creó y quienes resultaron ser los representantes de su doble faceta: Eusebius y Florestán.

En una carta de Robert a Clara, el músico expresa:

Necesito que tu amor me dé valor. Sin tus cartas, me embarga la melancolía. Soy como un cordero, pero tengo una espada clavada en la espalda. Me conoces bastante como para saber qué tanto Florestán como Eusebius están dentro de mí. Florestán el violento, Eusebius el dulce. Si quieres a uno de los dos –me dijiste-, tienes que tomar también al otro. Debes aceptarme como soy. (Samuel, 2007:142)

En otra de sus cartas dirigidas a su amada le escribió un párrafo que luego incluiría en su obra *Escenas infantiles*:

¡Si Florestán se enoja,
 Acurrúcate contra Eusebius!
 Florestán el salvaje,
 Eusebius el dulce,
 Lágrimas y fuego
 Debes tomarlos juntos
 Llevo los dos adentro
 El dolor y la alegría.
 El cierto que Florestán es celoso
 Mientras que Eusebius es todo confianza
 ¿a cuál prefieres ofrecerle el beso de bodas?
 ¿a ti misma, y al que es más fiel?
 Y si quieres imponer tu voluntad,
 Debes enfrentar a ambos.
 ¿Quién ganará? ¿Y quién perderá? (Samuel, op. cit.:145)

A partir de estos escritos de Schumann, se puede “leer” fácilmente la desintegración de su ser en dos caracteres, Eusebius, que personifica a la melancolía, y Florestán, connotando la manía. Ambos están presentes en toda la obra del compositor y es factible que, sin la existencia de estas dos facetas, su obra no habría sido la misma y posiblemente no sería tan rica y compleja.

Toda la obra de Schumann se manifiesta desde una dualidad expresiva única, que representa la lucha interna del compositor, la contraposición de Eusebius y Florestán. Según el musicólogo Alexandre Legler (Legler y Díaz, 2008:6): “En cada obra para piano de Schumann está representada la visión de un mundo interior, la mirada conciente de un ser que *lucha* y que *canta* consigo mismo”.

La tensión entre opuestos es intrínseca a la producción de Schumann. En el caso de sus *Estudios Sinfónicos*, esta tensión está dada por la alternancia entre estudios rápidos y vigorosos, por un lado, y estudios líricos, densos, por el otro. Podemos pensar que aquí el motor de inspiración está dado por ambas facetas del músico, tanto Eusebius como Florestán están presentes en toda la obra, y esta presencia se manifiesta a través de la dualidad y contraposición de elementos estéticos. Negándose a la variación “ligera” típica de la época, Schumann opta por innovar en el piano con una variación “total”, que connota la intención de rebasar los límites del instrumento para lograr una sonoridad verdaderamente orquestal. (Begler y Díaz, op. cit.).

Carnaval Opus 9 es una obra conformada por pequeñas piezas que representan las máscaras de un baile de carnaval, y la oposición aquí está reflejada en el contraste entre las piezas; esta composición es considerada un fiel reflejo de la propia personalidad del autor, denotando su carácter ambivalente y su constante lucha bifásica (Ostwald, 1985).

Clara Schumann ya lo habría anunciado al declarar en su diario que Robert debería dedicarse a la orquesta y no limitarse al piano, puesto que su vigorosa imaginación no cabía en un solo instrumento (Stern, 2006).

En una carta de Robert que data de 1834, él mismo informa su perspectiva al decir que “El objeto debe permanecer intacto, es cierto, pero debe verse transformado cada vez por diferentes vidrios de colores, que hagan translucir el paisaje bajo los rayos rojizos del atardecer o bajo la luz del sol matinal.” Esto explicaría por qué su obra va más allá de las variaciones de un mismo tema y expresa en realidad verdaderas transformaciones del tema a lo largo de una pieza. (Legler y Díaz, op. cit.:8)

En *Estudios sinfónicos*, vemos que el motivo del *Thema* en Do menor se verá totalmente transformado durante todo el pasaje, pasa de ser un *fugato* descendente misterioso y nocturno, a un canto de perfil ascendente que se cuestiona a sí mismo, para luego agilizarse en una firme marcha (Legler y Díaz, op. cit.).

Esta alternación de opuestos también se evidencia en *Kreiseriana, Opus 16*, compuesta por un grupo de ocho piezas para piano. Considerada una de las obras para piano más dramáticas y grandiosas de Schumann, se conforma por partes intensamente contrastantes, representando la oscilación y división del compositor en Florestán y Eusebius. Se puede inferir que el inicio de la pieza está inspirado exclusivamente en Florestán, con una violencia y furia poco frecuentes en el piano. La utilización de períodos rítmicos sistemáticamente opuestos manifiesta aquí la pugna entre ambos aspectos contradictorios del autor.

Tanto en *Papillons* como en sus Variaciones *Abbe* Schumann rompe con la tradicional estética musical a través del uso ilimitado de la polifonía, con tal densidad que lleva a una ampliación sonora propia de la estética orquestal, despertando múltiples y variadas sensaciones (Legler y Díaz, op. cit.).

Legler y Díaz (op. cit.:8) opinan que el piano en Schumann “es concebido como un organismo cambiante que logra resumir todo un mundo en sí mismo; desde atmósferas introspectivas en las que lo melódico pasa a ser recitado, hasta densas elaboraciones polifónicas que poco a poco se van transformando en jubilosos cantos triunfales.”

Otro elemento distintivo en Schumann es el ritmo, el cual consta de una urgencia y fuerza particulares, principalmente en los pasajes que hacen alusión a Florestán, contagiando una bulliciosa vitalidad, mediante el uso obsesivo de figuras rítmicas punteadas y de acordes en inversión (loro, op. cit.)

En el caso de sus *Estudios Sinfónicos*, esta tensión está dada por la alternancia entre estudios rápidos y vigorosos, por un lado, y estudios líricos, densos, por el otro. *Carnaval Opus 9* es una obra conformada por pequeñas piezas que representan las máscaras de un baile de carnaval, y la oposición aquí está reflejada en el contraste entre las piezas; esta composición es considerada un fiel reflejo de la propia personalidad del autor, denotando su carácter ambivalente y su constante lucha bifásica (Ostwald, op. cit.).

La Fantasía en Do Mayor, Opus 17, genera un torbellino de imágenes sonoras fantasiosas, en un ímpetu de emoción que supera la dificultad formal que la caracteriza. La intensa tensión entre opuestos (entre Eusebius y Florestán) es ilustrada por medio de la alternancia entre pasajes de extremo vigor y agitación con períodos de profunda melancolía. Esta obra está compuesta en tres movimientos. El primero es vibrante, se muestra exaltado y sumamente apasionado, “musicalizando” a Florestán; el segundo tiene carácter de marcha y el último movimiento conlleva el espíritu de Eusebius, es lento, pausado y meditabundo (loro, op. cit.).

Según Roland Barthes “Amar a Schumann (...), es de cierta forma asumir una filosofía de la nostalgia.” (Legler y Díaz, op. cit.:12)

Realizando un análisis minucioso de la obra de Robert y su psicopatología, encontramos que la mayor parte de sus producciones pertenecen a los períodos en los que se encontraba maníaco o hipomaniaco. También se puede observar que los períodos de baja productividad compositora coinciden con las fases depresivas del músico.

Weisberg (1994), luego de un minucioso análisis entre la obra y la patografía de Schumann, concluye que durante sus fases hipomaniacas, la producción del compositor es cuatro veces mayor que la de sus períodos depresivos.

Si bien en sus períodos depresivos la producción de Schumann se manifiesta escasa y a veces completamente nula, es probable que sin los sentimientos y sensaciones que lo martirizaban durante la melancolía, no hubiese logrado expresar emociones tan intensas a través de la partitura y de las letras.

Según diversas biografías de Schumann, el año de 1833 constituyó una época productiva para Robert, ya que además de escribir numerosas notas para la revista, compuso *Impromptus* y *Estudios de Concierto sobre los Caprichos de Paganini (Libro II)*. Sin embargo en esta misma época tuvo momentos de profunda melancolía y ataques de angustia; lo cual permite inferir que la afección de Robert probablemente se tratara de un trastorno bipolar de ciclado rápido.

El cuadro²⁷ creado por Slater y Meyer (1959) demuestra que en el año 1849, período en el que Schumann se encontraba hipomaniaco, es significativamente más productivo que otros años. Esto podría demostrar una correlación entre la hipomanía y el aumento de la creatividad. Sin embargo, esta hipótesis de Kraepelin puede ser refutada a partir del análisis de la calidad de la obra de Schumann, más allá del valor que presenta la cantidad.

Con tal fin, Weisberg (1994) utilizó como medida de calidad el *Schwann Guide* (1990) y el *The New Penguin Guide to Compact discs and Cassettes* (Greenfield, Layton y March, 1988). Estas guías musicales muestran cuántas grabaciones existieron de cada uno de los trabajos de Schumann; lo cual permite determinar a qué fase anímica del compositor pertenecieron las obras de mayor éxito. El listado de The Penguin fue publicado cuando surgieron los discos compactos, con el objetivo de seleccionar los temas más escuchados para grabarlos luego en esta nueva modalidad sonora. Los resultados que Weisberg obtuvo a través del análisis de estos listados demuestran que la calidad compositora de Schumann se mantuvo básicamente equitativa, sin cambios importantes entre sus episodios depresivos y sus episodios hipomaniacos.

Este descubrimiento de Weisberg refutaría la hipótesis de Kraepelin que afirma que la hipomanía aumenta la creatividad. Richards (1981), al contrario de Kraepelin, opina que la depresión incrementa la creatividad artística. Sin embargo, al no variar la calidad de la obra de Schumann en sus diferentes estados anímicos, esta teoría tampoco podría considerarse válida.

²⁷ Ver cuadro en Apéndice.

Weisberg considera que si bien la producción de Schumann es sumamente escasa durante las fases depresivas, estas podrían haber activado las ideas que darían origen a las obras compuestas durante los períodos eutímicos y los hipomaníacos.

A través de la lectura de los diarios de Clara, se puede entender por qué el año de 1844 resultó improductivo para Robert a nivel musical, puesto que estaba atravesando por un período melancólico. Según las palabras de la joven música: “La salud de Robert se deterioró durante el verano; apenas podía caminar por su habitación, los insomnios lo consumían, lo abandonaban las fuerzas, e interrumpió la composición de Fausto, cuya instrumentación había comenzado el 26 de julio” (Samuel, op. cit.:242).

Robert, a su vez, también nos da a conocer su salud a través de sus breves anotaciones diarias en su diario personal. Utiliza la palabra “unwohl” (indispuesto) para describir su estado en los días 14, 15 y 16 de agosto; “día difícil” el 24; “mal estado” el 26; “estado melancólico desastroso” es el término que utiliza para el día 28; “en pésimo estado” el día 29 de agosto. También menciona sufrir dolores de cabeza, mareos y temblores (Samuel, op. cit.:242).

El estudio de la obra y de la patografía de Robert permite inferir que su enfermedad no solo influyó considerablemente en la creación artística del compositor, sino que es posible que también la haya enriquecido, otorgándole un tinte particular, marcado este por la intensidad de sus emociones contradictorias.

Conclusiones

Se puede evidenciar que existe una relación entre el trastorno bipolar y la capacidad artística, aunque la naturaleza de esta aún no ha sido claramente especificada y actualmente escapa del conocimiento científico. Es probable que esta relación se deba a factores tanto biológicos como psicológicos.

Entre los factores biológicos encontramos que la capacidad creadora y el pensamiento hipomaníaco comparten determinadas características, típicas del pensamiento divergente, como la rápida asociación de ideas, la velocidad del flujo de pensamiento, la flexibilidad volátil y la espontaneidad libre de prejuicios. Otro factor a tener en cuenta es la importancia que tiene en el proceso creador el padecer de la melancolía. Si bien durante la fase depresiva la actividad creadora se ve interrumpida por la sintomatología propia de este cuadro clínico, es muy probable que los sentimientos que invaden al sujeto durante este período le sirvan de inspiración una vez estabilizado, y tengan un efecto disparador en su creación. El sufrimiento también tiene una función de aprendizaje en el ser humano, y le permite dotar la experiencia de nuevos significados.

Otra teoría sobre esta relación es la del arte como vía de curación. La creación artística bien podría ser un modo de escapar de la dolorosa e intolerable realidad que viven los sujetos con graves trastornos anímicos.

Ciertamente el trastorno bipolar de por sí no asegura una personalidad creativa ni artística; pero sí es altamente factible que un sujeto bipolar que cuente con talento artístico, pueda desenvolverse con mayor facilidad en este terreno. Es posible que el sufrimiento de la melancolía sumado a la expansividad maníaca le brinden al sujeto bipolar las llaves de una puerta que permanece cerrada para las personas normales; una puerta que lo conduce a una realidad de sensaciones insoportablemente extremas, que tiñen su vida con nuevos colores y mayor cantidad de matices. Si bien en sus períodos depresivos la producción de Robert se manifiesta escasa y a veces completamente nula, es probable que sin los sentimientos y sensaciones que lo martirizaban durante la melancolía, no hubiese logrado expresar emociones tan intensas a través de la partitura y de las letras.

La biografía de Robert Schumann demuestra que este padeció de trastorno bipolar tipo I, caracterizado por la alternancia de fases maníacas y depresivas, con episodios psicóticos. Sus dos alter-egos, Eusebius y Florestán, son los representantes de la antinomia de su ser, un ser dividido entre dos polos opuestos que lo llevarían continuamente a posiciones extremas; pasaría de la exaltación desenfadada a la angustia y desesperación. Este movimiento pendular de su ser lo llevaría a conocer un nuevo y excepcional universo, que le desataría las más diversas e intensas emociones, siendo éstas expresadas a través de su obra.

La obra de Schumann no se limita al fruto de un músico virtuoso, sino que es también el reflejo de un alma dividida entre el infierno y el paraíso, que busca alivio a través de su catártica creación artística.

Bibliografía

American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson.

Akiskal, H. (2000). Actualización en trastornos bipolares. VERTEX.Revista Argentina de Psiquiatría (12), 5-42.

Akiskal H. y Col. (2006). *Trastornos Bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Artaud, A. (Eds.). (1987). *Van Gogh, el suicidado por la sociedad*. (4a. ed.). Buenos Aires: Ediciones Argonauta.

Azcárate, P. (1871). *Obras completas de Platón. Tomo II*. Madrid: Alianza

Barlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic [La ansiedad y sus trastornos. La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico]. (2ª. Ed.) Nueva York: Guilford Press.

Barlow, M. y Durand, D.H. (Eds.). (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. (4º. ed.). Mexico: Thomson Editores S.A.

Beckman, M. (2005). Driven to Create? *Science Now*, 1-2.

Belloch, A.; Santín, B.; Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología. Vol. 2. , McGraw-Hill/ Interamericana: Madrid.

Brenot, P. (2000). *El genio y la locura*. Madrid: Editoriales B

Carson, S. H. (2011). Creativity and Psychopathology: A Shared Vulnerability Model. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 56(3), 144-153.

Coryell, W.; Edicott, J.; Keller, M. (1998). Bipolar affective disorder and high achievement: a familiar association. Amerian Journal Psichiatry, 146, 983-988

Eco, U. (2005). La definición de arte. Barcelona: Destino.

Eliot, T.S. (1992). Sobre poesía y poetas. Barcelona: Icaria Ed.

Ey, H. (2008). *Estudios Psiquiátricos. Volumen II. Estructura de las psicosis agudas y desestructuración de la conciencia*. Buenos Aires: Ed. Polemos.

Fernández Álvarez, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Fernández, B. (2010). Las tesinas de Belgrano. Temperamentos bipolares y temperamentos artísticos: coincidencias, causalidad y controversias. Tesina de grado. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.

Ferrarli, J.C.; Saidman, N.; Herlyn, S.; Glattli, H.; Kodysz, S. (Eds.). (2006). Hojas Clínicas de Salud Mental, 1-2 (2º. ed.). Buenos Aires: Centro Editor de Semiosis.

Gobbi, H. y Col. (2008). Psicopatología 1 y 2. Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

Gombrich, E. (Eds.). (2004). La historia del arte (4ª. Ed.). Buenos Aires: Sudamericana.

Goodwin, M.; Jamison, K. (Eds.). (2007). Maniac-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. (2a. ed.). Nueva York: Oxford University Press.

Ioro, A. (2003, enero). Uma reflexão sobre música e psicopatologia: quando Eusebius e Florestan se desencontraram para sempre. Psiquiatria (5), 1-28

Jamison, K. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. Psychiatry, 52, 125-134

Jamison, K. (1998). *Marcados con fuego. La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artístico*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Jamison, K. (2006). *Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Juda, A. (fecha de acceso: 2022, 10 de septiembre). *The highly gifted persons study by Adele Juda 1927-1955. Pinnacle and the end of psychiatric genius*. [En red]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17564157>

Kahn, D.; Ross, R.; Printz, D. y Sachs, G., (2000). Treatment of bipolar disorder. A guide for patients and families. *American Psychiatry* (157).

Kaplan, H; Sadock, B. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Kraepelin, E. (2012). *La locura maniaco depresiva*. Buenos Aires: Salerno Ed.

Legler, A. (2008). *Estudio interpretativo de la obra Estudios sinfónicos Op. 13 (1837) para piano solo de Robert Schumann (1810-1856)*. Tesis de master. Pontificia Universidad Javeriana.

Ludwig, A. M. (1992). Creative achievement and psychopathology: Comparison among professions. *American Journal Of Psychotherapy*, 46(3), 330.

Neihart, M. (1998). Creativity, the arts, and madness. *Roeper Review*, 21(1), 47.

Ostwald, P. (1985). *Schumann: The Inner Voices of a Musical Genius*. [Schumann: Las voces interiores de un genio musical]. Boston: Northeastern University Press.

Pérez de Heredia, J.; González, A.; Ramírez, M.; Imaz, R.; Ruiz, J. (fecha de acceso: 2012, 9 de mayo). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2001). Disponible en: www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/comorbilidad/3904

Piñero, M.; Fontecilla, H.; García, E.; Díaz, C. (2002). El suicidio. Salud Global, 4 (11)

Poe, E. (2009). "Eleonora". *La caída de la casa Usher y otros cuentos*. Buenos Aires: Losada.

Reich, W. (1945). *Roberto Schumann. Su arte y su vida*. Buenos Aires: Editorial Ricordi americana.

Richards, R.L. (1981). Relationship between creativity and psychopathology: an evaluation and interpretation of the evidence. *Genetic Psychology Monographs*, 103, 261-324

Ruiz, J.; Montes, J.; Ibañez, A. (fecha de acceso: 2012, 3 de febrero). Trastorno de Angustia y comorbilidad. Interpsiquis (2) [En red]. (Fecha de trabajo original: 2001). Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad\(trpanico\)/2627](http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad(trpanico)/2627)

Stern, E. (2006). *The Schumann Project*. Paris: Territoires

Samuel, C. (2007). *Clara Schumann. Secretos de una pasión*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Schopenhauer, A. (2010). El mundo como voluntad y representación. Madrid: Alianza Ed.

Schumann, E. (1994). *Schumann: vida romántica, inquietudes artísticas, diario íntimo*. Buenos Aires: Ediciones Suma.

Vallejo Ruiloba, J. (Eds.). (1999). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (4a ed.). Barcelona: Masson S.A.

Vasquez, G. (2007). Trastornos del estado de ánimo: Depresión y bipolaridad. Buenos Aires: Polemos.

Weisberg, R. W. (1994). Genius and Madness. A Quasi-Experimental Test of the Hypothesis That Manic-Depression Increases Creativity. *Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 5(6), 361-367.

