

Ivan IV, el Terrible, ¿padeció de un síndrome del lóbulo temporal?

Ricardo Espinoza G, Evelyn Benavides S.

The possible temporal lobe syndrome of Ivan IV the Terrible

Ivan IV "The Terrible" was the first Tsar of all Russias and was crowned in 1547. He extended Russian territories and opened the route to Siberia in successful campaigns against Tartars. He increased his personal power to the point of generating an autocracy that isolated him progressively from the council of Boyars. He had a complex personality and his acts were impregnated by a profound religiousness, episodes of rage, mood changes and a sense of "personal fate". All these traits configure the controversial "temporal lobe personality". The possible association between these personality traits and the eventual epilepsy that Ivan IV could suffer, is discussed. This association is called "temporal lobe syndrome". Considering the mood changes, with severe irritability and episodes of control loss alternated with feelings of guilt, sadness and isolation, another possibility is that the Tsar had an affective bipolar disorder or, less probably, a personality disorder (Rev Méd Chile 2006; 134: 1465-69).

(Key words: *Epilepsy; History of Medicine; Temporal lobe*)

Recibido el 12 de diciembre, 2005. Aceptado el 15 de junio, 2006.
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Santiago de Chile.

Las llanuras de Europa oriental comprenden gigantescas extensiones que van desde los mares Blanco y Báltico, por el norte, hasta el Negro y Caspio, por el sur. Fueron pobladas por eslavos desde el siglo VI DC¹. Ellos fundaron ciudades como Novgorod, Kiev y Smolensko, junto a los grandes ríos, y unieron el norte con el sur, las regiones escandinavas y bálticas con Asia Central y Persia, con Bizancio y Asia Menor. Mezclados con los varegos o vikingos escandinavos, dieron origen al pueblo denominado «rus», cuyo principal centro fue el Principado de Kiev¹. La unificación comenzó con Vladimiro, quien fue

bautizado por la Iglesia Cristiana de Oriente y así comenzó a extenderse la fe cristiana en todos los territorios de la Rus^{1,2}.

Más tarde, la caída de Constantinopla y las invasiones tártaras cambiaron la suerte de Kiev y la de los otros centros. Los mongoles provocaron un desplazamiento poblacional y establecieron un sistema de impuestos que debilitó los ducados rusos. En tanto, Moscú, negociando con los tártaros, obtuvo la primacía y se fortaleció rápidamente, con anexión de territorios, con acuñamiento de monedas con la inscripción del duque y las palabras «soberano de toda la Rus» y, finalmente, con la independencia de la jerarquía religiosa de Constantinopla tras la caída de ésta ante los turcos. Por entonces el imperio lo componían unos seis millones de habitantes, y reinaba Iván III

Correspondencia a: Dr. Ricardo Espinoza G. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Fax: 2141752. E mail: respinoza@uandes.cl

el Grande. Éste realizó construcciones en Moscú, dando al Kremlin una apariencia muy similar a la actual. Este Iván es el abuelo de Iván IV, a través de su hijo Basilio III, quien continuó el movimiento unificador y, apoyado por la misma Iglesia, condujo a una autocracia que concebía a Moscú como la nueva Constantinopla, bajo el marco de «Moscú como la tercera Roma»¹.

A la muerte de Basilio III, Elena Glinskaia, la madre de Iván IV, tomó la regencia en favor de su hijo, de tan sólo tres años de edad. Poco después, ésta también falleció (1538), se supone envenenada. El joven príncipe vivió entonces encerrado, sin afectos y debiendo soportar humillaciones, violencia e intrigas por parte de la nobleza boyarda, ávida de poder. Al cumplir Iván 15 años y alcanzar la mayoría de edad, reunió a la Duma y les hizo dos anuncios: que se casaría con una rusa y se coronaría Zar^{1,3}.

El título de Zar, derivado del eslavo y del griego, con el cual se designaba tanto al emperador bizantino como a los «janes» de los pueblos nómadas, no había sido utilizado todavía por ningún soberano de Moscú. La coronación de Iván IV tuvo lugar en la catedral de la Anunciación, en 1547. Poco antes había mandado arrojar a los perros a Andrei Chuislu, boyardo que había manejado el gobierno hasta entonces^{1,3,4}.

En febrero del mismo año desposó a Anastasia Romanov, que procedía de una familia que no había tomado parte en los desórdenes acaecidos durante su minoría de edad.

Hasta la muerte de Anastasia (1560), Iván IV gobernó con decisión, fortaleciendo el imperio: recortó el poder a los nobles; reformó la Iglesia; implantó el servicio militar obligatorio y aseguró más territorios. Emprendió campañas contra los tártaros de Kazán (1552) y Astrakán (1556), obteniendo una rápida y contundente victoria; con ello inició la colonización del este, accedió al mar Caspio y aseguró la ruta comercial del Volga; en definitiva, abrió el camino hacia Siberia^{1,3}.

A partir de estas victorias se añadió al nombre de Iván, de 22 años, el epíteto de «el Terrible». Ello es una mala traducción de «*grosnyj*», que significa severo e imponente, pero identifica la imagen terrorífica del soberano. Existen datos que dan cuenta de su carácter iracundo, como el dar muerte por su propia mano a un príncipe que había fallado en una expedición; o del canje por rehenes de uno de sus militares que había sido capturado, para

poder darle él la muerte después. O el sacrificio de un camello que no había querido arrodillarse en su presencia. Un biógrafo nos narra: «Iván era un hombre de arrebatos; tan pronto quemaba viva a la gente como la abrumaba a caricias y halagos, según su estado de ánimo»³.

Para conmemorar la victoria sobre Kazán, Iván el Terrible ordenó la construcción de la catedral del Amparo, más conocida como San Basilio, cegando luego a los arquitectos, para que no pudieran repetir esa maravilla.

Sobrevalorando su poderío, se embarcó en un conflicto con Livonia, esperando una victoria fácil, pero esta guerra se prolongó por 24 años. De esa época, dos hechos marcaron los acontecimientos posteriores: la pérdida de la fidelidad de la Duma y la muerte de Anastasia⁵.

Se deterioró su relación con los nobles y el clero, no dudando en ejecutar a todo aquel que se le opusiera o, simplemente censurara su comportamiento. Muestras de lo anterior fueron la muerte del príncipe Obolenski y del Metropolitano Felipe, quien fuera azotado por las calles de Moscú. También se cuenta del príncipe Repnin, que se había negado a asistir a un baile de máscaras^{3,5}.

En 1565, anunció que abdicaba. Ello condujo a desórdenes que motivaron que una comisión le rogase regresara a Moscú. Accedió con la condición de retener el poder absoluto, tras lo cual dio rienda suelta a toda suerte de caprichos para castigar a los traidores de la autocracia. Mató y deportó a un gran número de boyardos y creó la «*opríchnina*», ejército de incondicionales que llevó el terror hasta los últimos rincones. La acción culminante ocurrió en 1570 cuando avanzó hacia Novgorod, sospechando que sus autoridades habían colaborado con Lituania. Para algunos, los muertos fueron 27.000, para otros 60.000, de todas las clases sociales^{1,5}. «Mandó abrir los hielos del Voljov y allí fueron arrojados los novgorodianos a centenares. La ejecución duró muchos días»³.

Iván se trasladó a Alexandrova Sloboda, y allí vivió una vida pseudomonacal: servicios religiosos y rezos hasta la madrugada, que se mezclaban con crueles torturas ejecutadas en su presencia, observándose una progresiva tendencia a la embriaguez. Hasta 1582 gobernó como dueño absoluto del mundo que había creado, firmando ese año un tratado de paz con Polonia, renunció a Livonia, y entregó las conquistas en Lituania^{1,3,5}.

En noviembre de 1581 cometió la más desgraciada de sus atrocidades. Discutiendo el tema ruso-polaco con su segundogénito con Anastasia, también de nombre Iván, en que el hijo reclamaba un ejército propio para vencer a sus enemigos, el Zar le respondió: «Eso quisieras tú, traidor, un ejército para sublevarte contra mí!» al tiempo que golpeó la cabeza del zarevitch con la punta de hierro del bastón de mando que siempre portaba, cayendo el hijo herido de muerte.

Iván IV se recluyó, acusándose de homicidio y presentó un proyecto para abdicar y encerrarse en un convento. Nos ha llegado el relato que sigue: «Yo el muy pecador y pobre esclavo de Dios, Iván, escribo esta confesión. Mi entendimiento está cubierto de llagas. No hay ningún médico que pueda curarme. He esperado que alguien se apiadara de mí, pero nadie me ha consolado. Desde los tiempos de Adán hasta este día, he sobrepasado a todos los pecadores. Bestial y corrompido, he ensuciado mi alma con mi complacencia en cosas indignas; mi boca con palabras de muerte, lujuria y otros actos viles; mi lengua con el elogio de mí mismo; mi garganta y mi pecho con el orgullo y la arrogancia; mis manos con contactos indecentes, robos y asesinatos; mis ingles con una concupiscencia monstruosa; he ceñido mis riñones para toda clase de acciones malignas, y he mancillado mis pies al apresurarme a cometer crímenes y saqueos»³.

Continuaron las intrigas, alianzas y traiciones hasta su muerte, el 18 de marzo de 1584, mientras se preparaba para una partida de ajedrez. Sus restos descansan en la catedral del Arcángel, al interior del Kremlin³.

Le sucedió Fiódor, hijo de Ana, una de las otras ocho esposas que tuvo Iván IV. Con él terminó la línea de sucesión del vikingo escandinavo Rjurik, que en el año 862, en Novgorod, estableció el primer reino ruso con varegos y eslavos^{1,3}.

DISCUSIÓN

El trazado biográfico de Iván IV permite observar hechos significativos sugerentes de un trastorno neuropsicológico o psiquiátrico, dentro de los cuales llaman la atención los accesos de ira y, en general, cambios emocionales bruscos, hiperreli-

giosidad y un cierto sentido de «destino personal». Estos trastornos, agrupados, han dado origen a la controvertida «personalidad del lóbulo temporal»⁶. Esta personalidad, a su vez, se ha vinculado desde la década 1970-79, al llamado síndrome del lóbulo temporal, al asociarse a la epilepsia del lóbulo temporal⁶⁻⁹. Esta última, conocida en el pasado reciente como epilepsia psicomotora, si bien tiene frecuentemente un origen hipocampal, también se puede originar en el lóbulo frontal, occipital o parietal y luego propagarse al temporal^{10,11}. Su elemento diagnóstico más significativo es el comportamiento estereotipado y repetitivo, habitualmente breve, período en que hay un trastorno de la conducta, del que el enfermo luego no tiene memoria^{9,11}. También se observa una variada gama de experiencias psíquicas, de tipo alucinatorio, discognoscitivo o afectivo. Las últimas están representadas por vivencias emocionales como el miedo, ansiedad, tristeza, ira y excitación sexual, entre otras. Los eventuales cambios motores de este cuadro, el automatismo y la alteración de la función psíquica, que se pueden combinar de diversa manera, constituyen la llamada tríada psicomotora. Se han reconocido trastornos intractables, posictales y, especialmente en los períodos interictales, de donde provienen las clásicas descripciones de la «personalidad epiléptica»^{6,9,12}.

La epilepsia corresponde a uno de los síndromes neurológicos crónicos más comunes, y afecta entre 0,5% y 2% de la población. El trastorno común final es una sincronización anormal recurrente y episodios de hiperexcitabilidad de redes neuronales. Se caracteriza por la presencia de dos o más crisis no provocadas (breves y estereotipadas), que pueden ser motoras, sensitivas, psicomotoras, psíquicas o una combinación de ellas⁷. Hoy se conoce que hay factores genéticos detrás de muchas epilepsias generalizadas y de algunas de las formas de las parciales. Uno de los mecanismos involucrados se relaciona con mutaciones de los receptores GABA, que regulan los canales iónicos del cloro y, de esa manera, la excitabilidad neuronal^{13,14}. Una reciente revisión sobre los mecanismos genéticos de las epilepsias publicada por Steinlein¹⁵, señala para cierta epilepsia del lóbulo temporal lateral un carácter autosómico dominante, con la identificación del gen responsable en el cromosoma 10q24. Para este tipo de epilepsia focal, de inicio temporal, hay también estudios que relacio-

nan su etiología con los efectos de la dinorfina, un neuropéptido opioide¹⁶.

Sabemos que hasta 37% de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal no presentan compromiso de conciencia, manteniéndose como un síndrome epiléptico parcial simple^{10,17} lo cual podría explicar que en ningún registro de la vida de Iván IV se narren cuadros compatibles con crisis convulsivas generalizadas o crisis parciales complejas. Sólo conocemos las manifestaciones de misticismo, experiencias religiosas profundas, estados prolongados de tristeza y accesos de ira –recordemos la triste experiencia con su hijo– dibujándose el trastorno de personalidad más que una epilepsia de origen temporal, dado el carácter prolongado de los cambios en el estado de ánimo. Es difícil inclinarse por la lateralidad derecha o izquierda, de acuerdo a los síntomas predominantes. Para el caso que nos ocupa, parecen darse síntomas igualmente probables para cada una de las lateralizaciones temporales. Más propios de la localización derecha son los cambios emocionales, la tristeza, el hiper-moralismo y la hipergrafía. En cambio, para la forma izquierda los que predominan son los de religiosidad, pérdida del sentido del humor, conductas explosivas con agresión, destacado interés en temas filosóficos y el sentido de «destino personal»⁸, todos los cuales se nos confunden en el personaje en discusión.

Sin embargo, las más recientes investigaciones han fracasado para demostrar científicamente una relación inequívoca entre la epilepsia del lóbulo temporal y un trastorno específico de personalidad: sólo cabe una fuerte presunción de la relación entre ambas^{12,17,18}.

Al hablar de trastornos psiquiátricos y epilepsia en general, es conocida su asociación^{7,18}, especialmente estudiada en la epilepsia del lóbulo temporal, estimándose que entre 44% y 58% de los casos presenta un trastorno psiquiátrico diagnosticable, comparado con 10% de los pacientes que padece de otro tipo de epilepsia^{7,8}. La reciente revisión de Manchanda¹⁸, señala que ello puede deberse a las descargas convulsivas, a las descargas interictales, las consecuencias psicosociales adversas de la epilepsia crónica o a la propia terapia anticonvulsivante. Además de los trastornos de personalidad también se han asociado con la epilepsia la depresión, ansiedad y psicosis. Schmitz¹⁹, ha señalado una prevalencia

muy por sobre lo observado en la población general, destacando depresión hasta en 44% de los pacientes epilépticos, trastornos de ansiedad hasta en 25%, y tasas de suicidio de 10%.

Por tanto, hasta aquí nos quedamos con que Iván IV pudo padecer de un trastorno de personalidad, pero no existe documentación biográfica ni evidencia científica actual que permita afirmar que era epiléptico, y menos que correspondiese a una epilepsia del lóbulo temporal. Pero tampoco la podemos descartar definitivamente, considerando, además, que podrían ser crisis parciales simples, o «*status* parcial simple» dada la duración de los episodios. Por otra parte, los síndromes epilépticos parciales no son propios de ningún período de la vida, y se manifiestan especialmente durante la adolescencia y la vida adulta¹⁷. Recordemos que las primeras actuaciones de Iván IV, en que llama la atención su conducta abigarrada, van desde la segunda década de su vida en adelante.

Cabe discutir otra alternativa que explique su particular patrón de conducta: un trastorno bipolar afectivo tipo I, que afecta por igual a hombres y mujeres, alcanzando el máximo entre los 55 y 65 años de edad²⁰. Este cuadro es el que en 1896 Kraepelin señaló como psicosis maniaco-depresiva, y que hoy lo incorporamos dentro de los trastornos del ánimo²⁰. Se caracteriza por una alteración de la regulación del estado de ánimo, del comportamiento y de la afectividad. Los afectados oscilan de la manía a la depresión. En la fase maniaca, que puede durar días a meses, se observa ausencia de autocontrol, menor necesidad de dormir, deterioro del juicio y agitación e irritación fácil. En la fase depresiva hay tristeza, con sentimiento de culpa y conducta de aislamiento, período que puede extenderse también por meses. Actualmente se acepta una relación bidireccional entre epilepsia y depresión; sin embargo, el clásico trastorno bipolar tipo I es infrecuentemente visto en pacientes epilépticos, los cuales presentan principalmente episodios distímicos y el componente maniaco ocurre casi exclusivamente en el marco de una psicosis posictal que se puede prolongar por varios días^{20,21}.

En suma, y como lo ha expresado Bear¹², el diagnóstico diferencial es difícil: los períodos de disforia pueden simular cuadros depresivos puros; la religiosidad y preocupaciones filosóficas una paranoia; la verbosidad una neurosis; una histeria si consideramos los cambios emocionales, o una

personalidad limite a juzgar por la violencia e intentos suicidas. En relación con esto último²², la personalidad del grupo A, que incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, tiene elementos reconocibles en el personaje analizado, tales como la desconfianza, la excentricidad y una tendencia al aislamiento social. Si bien en todas ellas hay dificultades para establecer relaciones interpersonales adecuadas, con sufrimiento para

los demás, (por la inflexibilidad), no van asociados cambios del comportamiento tan marcados como los observados en Iván IV.

No contamos con antecedentes que permitan asegurar el tipo de trastorno neuropsicológico o psiquiátrico que padeció Iván IV, pero pareciera ser que en la complejidad de sus actuaciones está manifestada también, la complejidad de su personalidad.

REFERENCIAS

1. Rusia. En: HELLMANN M, GOEHRKE C, SCHEIBERT P, LORENZ R. *Historia Universal*, Siglo XXI Editores. México, 1975.
2. Welter G. *Historia de la Rusia Comunista*. Ediciones Ercilla, Santiago, Chile, 1936.
3. BALLESTER ESCALAS R. *Iván el Terrible*. Ediciones Toray, SA, Barcelona, España, 1964.
4. DIEZ CELAYA F. *Las Monarquías Europeas*. Acento Editorial, Madrid, España, 1995.
5. Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana. Tomo XXVIII Espasa-Calpe SA, Madrid, España, 1926.
6. DODRILL CB. Neuropsychological aspects of Epilepsy Psychiatric. *Clin North Am* 1992; 15: 383-94.
7. KAPLAN HI, SADOCK BJ. *Manual de Psiquiatría de Urgencia*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1996.
8. LISHMAN WA. *Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*. 1987; 207-76. Blackwell Scientific Publications, Second Edition, London, England, 1978.
9. P. LOISEAU Y P. JALLON. *Las Epilepsias*. Cap. 4. En: Masson S.A. Barcelona, España, 1985; 29-52.
10. MUNARI C, BANCAUD J. The role of stereo-electroencephalography (SEEG) in the evaluation of parcial epileptic seizures. Chapt. 14. En: *The Epilepsias*. Porter RJ, Morselli PL, Eds. Butterworth & Co., England, 1985: 267-306.
11. ADAMS RD, VICTOR M, ROPPER AH. Principios de Neurología. Cap. 16 En: *Epilepsia y otros Trastornos Convulsivos*. McGraw-Hill Interamericana, México, 1999: 275-301.
12. BEAR D, FREEMAN R, GREENBERG M. Changes in Personality Associated With Neurologic Disease. Chapt 24. En: Cooper AM, Frances AJ, Sacks MH. *Psychiatry*. Vol 1: The Personality Disorders and Neuroses. JB Lippincott Company, 1986: 301-13.
13. GEORGE AL. Molecular Basis of Inherited Epilepsy. *Arch Neurol* 2004; 61: 473-8.
14. MACDONALD RL, GALLAGHER MJ, FENG HJ, KANG J. GABA (A) receptor epilepsy mutations. *Biochem Pharmacol* 2004; 68: 1497-506.
15. STEINLEIN OK. Genetic mechanisms that underline epilepsy. *Nature* 2004; 5: 400-8.
16. SOLBRIG MV, KOOB GF. Epilepsy, CNS viral infection and dynorphin. *Trends Pharmacol Sci* 2004; 25: 98-104.
17. BUCHHALTER JR. Epilepsy: Epidemiology, Genetics, and Prognosis. Continuum Lifelong Learning in Neurology. *AAN* 2004; 10: 42-60.
18. MANCHANDA R. Psychiatric Disorders in Epilepsy: Clinical Aspects. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 39-45.
19. SCHMITZ B. Depression and Mania in Patients with Epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46: 45-9.
20. GOODWIN FK, GHAEMI SN. Mood disorders. Chapt. 4.5 . En: Gelder MG, Lopez-Ibor Jr JJ, Andreasen NC. *New Oxford Textbook of Psychiatry* Vol. 1 Oxford University Press, London, England, 2003: 677-749.
21. KANNER AM. Psychosis of Epilepsy: A Neurologist's Perspective. *Epilepsy Behav* 2000; 1: 219-27.
22. REUS VI. Trastornos Mentales. Cap. 385. En: *Principios de Medicina Interna* Harrison. McGraw-Hill Interamericana, España, 1998: 2831-50.

Agradecimientos

Los autores agradecen las valiosas observaciones y comentarios del Dr. Ignacio González Alcalde, que contribuyeron a enriquecer la discusión de este trabajo y clarificaron muchos de los aspectos médicos del personaje analizado.