

Vincent van Gogh: een leven voor de kunst

Karl Andriessen, Karolina Krysinska

Vincent van Gogh (1853-1890) is een van de bekendste kunstenaars ter wereld. Hij heeft een eigen museum (<https://www.vangoghmuseum.nl>), zijn werken worden verkocht tegen top-prijzen en hangen in de belangrijkste musea en privécollecties. Hij heeft het zelf nooit geweten. Bij leven was zijn werk niet populair en hij bedelde zijn broer regelmatig om geld. Het oorincident nodigt uit om hem gemakshalve te beschouwen als een ‘gekke’ kunstenaar. Er bestaat ook veel literatuur over mogelijke verbanden tussen creativiteit, psychiatrische problematiek en suïcide (Jamison, 1993; Krysinska, 2009; Kyaga et al., 2013). Vooral de combinatie van stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en persoonlijkheidskenmerken zoals sensatie zoeken, lijken het suïciderisico bij creatieve personen te verhogen. Ook financiële problemen en stress gerelateerd aan mogelijke afwijzingen verhogen het suïciderisico (Preti & Miotto, 1999). Maar hoe ‘gek’ was Van Gogh? Was hij een gedreven kunstenaar dankzij of ondanks zijn ‘gekke’?

Deze bijdrage is geïnspireerd door het werk van Bakker, Van Tilborgh, en Prins (2016)¹ en complementeert in zekere zin de bijdrage van Asma (2013). Terwijl deze laatste aandacht had voor de relaties en persoonlijkheid van Van Gogh, onderzochten Bakker et al. (2016) de laatste achttien maanden van zijn leven en werk. Gebaseerd op originele bronnen met inbegrip van nooit eerder gepubliceerde briefwisseling, getuigenverslagen en politierapporten beschouwen ze Van Gogh resoluut als kunstenaar. Nochtans was zijn geestelijke gezondheid tijdens die laatste achttien maanden duidelijk zorgwekkend (Bakker et al., 2016). Wat scheelde er dan precies aan Van Gogh? Deze bijdrage opent met een korte biografie, gevolgd door een overzicht van diagnoses die hem te beurt zijn gevallen tijdens zijn leven, maar vooral na zijn overlijden.

Een verkort leven

Geboren in het Nederlandse Zundert maakte Van Gogh zijn school niet af (Van Gogh Museum, 2016).² Na omzwervingen naar Londen, waar hij werkte als bediende bij een kunsthandel, afgebroken religieuze studies in Amsterdam en een korte carrière als predikant bij de steenkoolmijnen in de Borinage, vestigde hij zich in 1880 voor één jaar in Brussel. Vanaf dan focuste hij zich op het kunstenaarschap. Tot de dood van zijn vader in 1885 tekende en schilderde hij in Nederland. Daarna trok hij via een tussenstop in Antwerpen naar Parijs, waar zijn broer Theo, die werkzaam was in de kunsthandel, verbleef. Daar kwam hij in contact met moderne kunstenaars zoals Monet en verhelderde zijn kleurenpalet.

Ontsnappend aan de drukte van de grootstad en aangetrokken door (de mogelijkheid te werken in) open landschappen kwam hij in 1888 aan in Arles, in het zuiden van Frankrijk. Van

Gogh schilderde veel, met inbegrip van een korte samenwerking met Gauguin. Maar zijn fysieke en geestelijke gezondheid verzwakte, mogelijk door toedoen van zijn drankgebruik. Na een ruzie met Gauguin sneed hij eind december 1888 zijn linkeroor af en gaf het in krantenpapier verpakt af bij een nabijgelegen bordeel. Na zijn herstel in het ziekenhuis kon hij zich blijkbaar weinig herinneren van het gebeurde. In totaal zou Van Gogh zes psychische crises doormaken tijdens de laatste achttien maanden van zijn leven (Arnold, 2004). Zijn artistieke productiviteit bleef tijdens de heldere periodes wel onveranderd hoog.

In mei 1889 liet hij zich vrijwillig opnemen in de psychiatrische instelling Saint-Paul-de-Mausole in Saint-Rémy, waar hij een jaar zou verblijven. Wegens zijn gedrag was hij niet meer welkom in Arles, daarom bracht hij de laatste maanden van zijn leven door in Auvers-sur-Oise. Ondanks eerste appreciaties voor zijn werk in de kunstsalons bleef de financiële onzekerheid voortduren, tegelijk met een toenemende angst voor nieuwe zenuwcrises. Op 27 juli 1890 schoot hij zichzelf in de borst. Hij overleed twee dagen later.

Hoewel er geen bewijs is van psychiatrische problematiek bij de voorouders van Van Gogh, zijn er wel aanwijzingen voor een familiale, mogelijk erfelijke kwetsbaarheid (Blumer, 2002; Correa, 2014). Vincent had drie jongere zussen en twee jongere broers. Broer Theo overleed zes maanden na Vincent aan de gevolgen van syfilis. De jongste broer, Cor, vertrok als soldaat naar Zuid-Afrika, waar hij overleed hetzij door suïcide hetzij in een gevecht. De jongste zus, Wil, werd op 35-jarige leeftijd (enkele jaren na Vincents overlijden) opgenomen in een psychiatrische instelling, waar ze overleed toen ze 79 jaar was. Twee kinderen van Theo en Anna (de jongste zus van Vincent) zouden een (niet nader omschreven) psychiatrisch probleem hebben gehad (Correa, 2014).

Dertien diagnoses in een dozijn

Diagnostiek in afwezigheid van de patiënt is een heikele klus. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er in de vakliteratuur een grote variëteit aan mogelijke diagnoses van Van Gogh te vinden is. Er is bewijs dat hij leed aan wanen, hallucinaties en bewustzijnsverlies (Bakker et al., 2016). Hij stond ook bekend om zijn ‘moeilijke’ karakter (ruziezoekend, opvliegend). Tijdens zijn leven is er bij Van Gogh één diagnose gesteld (zie infra). Naarmate de medische wetenschap en de psychiatrie zich vanaf het einde van de negentiende eeuw verder ontwikkelden, ontstonden er nieuwe diagnoses, waarvan er een aantal postuum aan Van Gogh werden toegewezen als pogingen om zijn ziekte en gedrag beter te begrijpen. Sacks (1995, p. 156) waarschuwt in dat verband voor een al te grote ijver. Het postuum interpreteren van neurologische en psychiatrische condities noemt hij een obsessie en een industrie van de huidige samenleving, waarbij het risico bestaat dat de complexiteit van de expressies van een leven worden gereduceerd tot een stoornis.

Tijdens zijn ziekenhuisopname naar aanleiding van het afgesneden oor beschreven de artsen zijn toestand als een vorm van manie en delier (Bakker et al., 2016). Deze begrippen hadden toen een brede betekenis en verwezen naar een toestand van gekte en waanideeën. Daarnaast stelden ze de diagnose epilepsie, en meer specifiek een epileptische subvorm waarbij niet de klassieke aanvallen optreden, maar wel bewustzijnsverlies en wanen, wat later temporaalkwabepilepsie werd genoemd (Blumer, 2002). Zijn voedingspatroon met te veel koffie en alcohol werd geacht bij te dragen tot zijn ziekte (Bakker et al., 2016). Deze diagnose (waan-

en epilepsie versterkt door alcoholmisbruik) is de enige die tijdens zijn leven werd gesteld en tot op heden als plausibel wordt gezien (Blumer, 2002), hoewel sommige deskundigen de diagnose epilepsie afwijzen (Hughes, 2005).

Vanaf de jaren 1920 werd op basis van zijn wanen, excentrieke gedrag en opvliegende karakter de diagnose schizofrenie geopperd. Sinds de jaren 1950 werd deze diagnose echter minder waarschijnlijk geacht. Uit zijn briefwisseling en getuigenverklaringen blijkt dat hij, behalve tijdens delieren waarbij hij ook niet kon werken, de hele tijd heel lucide was (Blumer, 2002). De diagnose manisch-depressieve stoornis werd in de jaren 1930-40 naar voren geschoven. Van Gogh kende inderdaad periodes van diepe neerslachtigheid, suïcidegedachten (getuigenverslagen spreken in dit verband bijvoorbeeld over het eten van verf) en gebrek aan energie, afgewisseld met manische (geagiteerde) periodes met grote drukte en activiteit. Deze diagnose wordt tot op heden als zeer plausibel beschouwd (Jamison, 1993), hoewel sommigen dit minder waarschijnlijk achten (Arnold, 2004).

Een variant op de bovenstaande diagnoses is de episodische schemertoestand van Kleist (Bakker et al., 2016): een episodische toestand van verlaagd bewustzijn waarbij de persoon niet meer weet wat hij doet; dat kan gepaard gaan met impulsief of agressief gedrag en kan worden voorafgegaan door duizeligheid. Een andere variant is de cycloïde psychose, die kenmerken combineert van een psychose en een bipolaire stoornis, waarbij depressies, angsten, manie en hallucinaties kunnen optreden. De kenmerken van deze diagnoses, de plotse opstoten en de helderheid van geest tussen de aanvallen zouden Van Goghs toestand inderdaad kunnen verklaren. Beide diagnoses zijn echter in onbruik geraakt.

Ook vanaf de jaren 1930-40 werd hij voor het eerst als een psychopaat beschouwd, in die tijd een breed begrip dat verwees naar een onaangepast en onevenwichtig karakter. Een borderline persoonlijkheidsstoornis is wellicht de recentste diagnose, hem toegedacht in de jaren 1990. Hiermee kan dan worden verwezen naar zijn instabiele relaties, angsten, impulsiviteit, suïcideneigingen en stemmingswisselingen.

In de loop van de jaren zijn ook drie somatische aandoeningen als mogelijke diagnose genoemd. Vincents broer Theo overleed aan de gevolgen van syfilis, maar bij hem werd die ziekte nooit vastgesteld ondanks het verhoogde risico ten gevolge van frequent bordeelbezoek. De infectie tast het centrale zenuwstelsel aan, waardoor verschillende psychische klachten en uiteindelijk ook verlamingsverschijnselen kunnen ontstaan. De mogelijkheid dat Vincent aan syfilis leed, wordt in de literatuur geopperd, maar is weinig waarschijnlijk aangezien het in die tijd een bekende ziekte was die makkelijk te diagnosticeren was.

De ziekte van Menière is een aandoening van het evenwichtsorgaan waarbij zowel duizelingen, oorsuizingen als gehoorverlies optreden, die niet op een andere manier kunnen worden verklaard. In het geval van Van Gogh zouden de symptomen echter ook kunnen worden verklaard door zijn onregelmatige levenswijze en ongezonde voedingspatroon.

Porfyrie is een stofwisselingsziekte die gepaard gaat met buikpijn, depressies en verwardheid. De acute intermitterende vorm van deze ziekte wordt gekenmerkt door plotse aanvallen, hallucinaties, angsten en verlamingsverschijnselen; een gebrekkig voedingspatroon en alcohol kunnen de ziekte oproepen. Van Gogh vertoonde al die symptomen (Arnold, 2004; Correa, 2014). Daartegenover staat dat acute porfyrie een zeldzame aandoening is die toentertijd via de urine redelijk makkelijk herkenbaar was.

Een factor die volgens veel auteurs (bijvoorbeeld: Bakker et al., 2016, Blumer, 2002) zeker heeft bijgedragen tot Van Goghs ziekte, was zijn alcoholgebruik, waarbij vooral wordt ge-

wezen op de effecten van absint. Deze drank had een zeer hoog alcoholpercentage van 60 tot 70% en bevatte thujon, een plantaardige toxische stof. De afwisseling van periodes van overmatig drankgebruik en periodes van onthouding kan een van de verklaringen zijn voor zijn psychische stoornissen.

Slotbeschouwing

Welke ziekte Van Gogh nu echt had, of, beter gezegd, welke diagnose zijn toestand aan het einde van zijn leven het best kan beschrijven, blijft onderwerp van discussie. Postuum diagnosticeren is inderdaad behoorlijk speculatief, en de vermelde diagnoses moeten worden begrepen in het kader van de kennis die beschikbaar was in de tijd dat ze werden gesteld. Op basis van de literatuur lijkt een vorm van bipolaire stoornis of epilepsie het meest waarschijnlijk. Ook behoren een cycloïde psychose of borderline persoonlijkheidsstoornis tot de mogelijkheden. Alcoholmisbruik zal zeker een rol hebben gespeeld. Het beeld dat naar voren komt, is een combinatie van psychologische en neurologische factoren, mogelijk met een onderliggende erfelijke kwetsbaarheid, en versterkt door een ongezonde levensstijl. Gebrek aan erkenning en financiële onzekerheid hebben mede psychische crises uitgelokt.

Uit het originele bronnenonderzoek van Bakker et al. (2016) komt naar voren dat Van Gogh in de eerste plaats moet worden gezien als een uitermate productieve en vernieuwende kunstenaar, en dat, ondanks zijn ziekte, die van grote invloed is geweest op zijn laatste levensjaren, wat zijn prestatie als kunstenaar nog meer glans geeft. Pas na zijn dood groeide via de familie van zijn broer de belangstelling voor zijn werk en werd hij erkend als een groot vakman en een belangrijke vernieuwer die leefde voor de kunst. De rest is geschiedenis.

Noten

1. Het boek bevat de achtergrondteksten van de gelijknamige tentoonstelling die in het Amsterdamse Van Gogh Museum liep van 15 juli tot 25 september 2016: <https://www.vangoghmuseum.nl/nl/zien-en-doen/tentoonstellingen/geweest/de-waanzin-nabij>
2. Alle biografische gegevens in deze bijdrage zijn gebaseerd op de biografie die te vinden is op de website van het Van Gogh Museum (2016): <https://www.vangoghmuseum.nl/nl/vincent-leven-en-werk/van-goghs-leven-1853-1890>

Literatuur

- Arnold, W.N. (2004). The illness of Vincent van Gogh. *Journal of the History of Neurosciences*, 13, 22-43. <http://dx.doi.org/10.1080/09647040490885475>
- Asma, F. (2013). Vincent Van Gogh: gek of geniaal? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 4-11.
- Bakker, N., Van Tilborgh, L., & Prins, L. (2016). *De waanzin nabij: Van Gogh en zijn ziekte*. Brussel: Mercatorfonds.
- Blumer, D. (2002). The illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry*, 159, 519-526.
- Correa, R. (2014). Vincent van Gogh: A pathographic analysis. *Medical Hypotheses*, 82, 141-144.

- Hughes, J.R. (2005). A reappraisal of the possible seizures of Vincent van Gogh. *Epilepsy & Behavior*, 6, 504-510.
- Jamison, K.R. (1993). *Touched with fire. Manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York, NY: The Free Press.
- Krysinska, K. (2009). Suicide and the arts: From the death of Ajax to Andy Warhol's Marilyn Monroe. In S. Stack, & D. Lester (Eds.), *Suicide and the creative arts* (pp. 15-47). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Kyaga, S., Landén, M., Boman, M., Hultman, C.M., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 83-90.
- Preti, A., & Miotto, P. (1999). Suicide among eminent artists. *Psychological Reports*, 84, 291-301.
- Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars*. London, UK: Picador.
- Van Gogh Museum. (2016). *Van Goghs leven, 1853-1890*. Geraadpleegd op 15 oktober 2016 via <https://www.vangoghmuseum.nl/nl/vincent-leven-en-werk/van-goghs-leven-1853-1890>

Personalia

Karl Andriessen is onderzoeker, doctoraatsstudent aan de School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, Australia. Hij is redactielid van dit tijdschrift.

E-mail: karl.andriessen@gmail.com

Karolina Krysinska, PhD, is Research Fellow aan de School of Psychiatry/Dementia Collaborative Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia.

Beiden zijn ook verbonden aan de onderzoekseenheid Klinische Psychologie, KU Leuven.