

Van hysterie tot borderline

Implicaties van vrouwelijke emotie als pathologie

Shona Kalkman¹

Abstract – Hysteria and borderline personality disorder are gender-specific diseases predominantly diagnosed in women and defined by disturbed emotions and behaviors. Today, hysteria is regarded as emblematic of the fear and fascination of late 19th century Europe with the female condition. As such, it now no longer qualifies as a mental health diagnosis. Borderline personality disorder stems from later psychoanalytic tradition which pathologizes personality traits typically labelled as feminine. In this paper, I compare the sociocultural context in which both psychiatric diagnoses emerged and I suggest that, here, gender specificity follows from societal norms rather than biological or physiological factors. The continued use of sociocultural gender norms for defining psychopathology has ethical implications. First, it perpetuates stereotypes about female behavior and sets norms for how women ought to behave and display emotions in society. Moreover, for some women with severe mental health problems it can lead to misdiagnosis, stigma and problems in accessing healthcare. Awareness of how sociocultural norms may affect disease definitions is a first step towards addressing these ethical implications.



Inleiding

Het vrouwelijk geslacht als oorzaak van pathologie kent een lange geschiedenis in de geneeskundige traditie. In de Klassieke Oudheid werd de baarmoeder door Plato en de Hippocratische schrijvers weergegeven als een “dier” of “levend wezen” dat vrijelijk door het lichaam van de vrouw bewoog (Faraone 2011). Daar waar de baarmoeder zich zetelde, konden lichamelijke klachten van allerlei aard ontstaan. Het idee van de “wandelende baarmoeder” als onruststoker overleefde tot zeker in de zeventiende eeuw. Zelfs met de toenemende kennis van de vrouwelijke anatomie, bleven artsen later het verband leggen tussen de baarmoeder en lichamelijke, en later ook geestelijke klachten (Faber 2007). De Franse neuroloog

1. Shona Kalkman is medisch-eticus en als postdoctoraal onderzoeker verbonden aan het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht, Nederland. Dit artikel is vrij beschikbaar volgens de bepalingen van de Creative Commons licentie Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgelideWerken (BY-NC-ND).

Jean-Martin Charcot werd wereldberoemd met zijn onderzoek naar “vrouwelijke hysterie” in het Hôpital de la Salpêtrière in het Parijs van de negentiende eeuw (Appignanesi 2008). Hysterie (afgeleid van het Oudgriekse woord voor baarmoeder) verwees naar een toestand van onbedwingbare emoties, met een breed palet aan verschijnselen waaronder nervositeit, flauwvallen, prikkelbaarheid, hyperseksualiteit en de “neiging om problemen voor anderen te veroorzaken” (Maines 1999). Charcot was ervan overtuigd dat de gedragingen van zijn “hysterische” patiënten werden veroorzaakt door een mentale en niet een somatische oorzaak, zoals de baarmoeder. Feit bleef dat vrijwel uitsluitend vrouwen de diagnose ontvingen.

Tot het midden van de vorige eeuw werd gedacht dat hysterie veelvoorkomend was onder vrouwen en dat de aandoening chronisch was. Pas sinds de jaren 1980 is hysterie als diagnose volledig verdwenen uit de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), het standaardwerk voor de psychiatrische diagnostiek (Tasca 2012). Echter, met het schrappen van hysterie uit de DSM verdween de prikkelbare vrouw niet van het toneel der psychiatrische stoornissen. Bepaalde symptomen van de oude diagnose hysterie werden ondergebracht onder andere diagnoses, zoals de conversiestoornis en somatisatiestoornis – schijnbaar neurologische ziektebeelden zonder somatische oorzaak. Deze overheveling van symptomen naar clusterdiagnosen met een andere naam wordt breed erkend. Wat minder evident is, is de relatie tussen het einde van de hysterische diagnoses en de opkomst van de borderline persoonlijkheidsstoornis mid-20^{ste} eeuw (Cahn 2012; Ussher 2013). Problemen in emotieregulatie, zoals prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, stemmingswisselingen en dissociatie vonden hun weg naar deze symptoomdiagnose. Vrouwen krijgen drie keer zo vaak als mannen de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis (Ten Have et al, 2016).

Hysterie en borderline persoonlijkheidsstoornis betreffen beide een emotieprobleem en zijn ‘genderspecifieke aandoeningen’.² Dat wil zeggen dat de aandoeningen naar verhouding vaker bij vrouwen dan bij mannen worden gediagnosticeerd en dat vrouwen en mannen andere symptomen hebben (Cutter 2012).

In dit artikel problematiseer ik de genderspecificiteit van hysterie en borderline persoonlijkheidsstoornis. Hiertoe vergelijk ik de sociaal-culturele context waarbinnen beide diagnoses in opkomst zijn geraakt en suggereer ik dat de genderspecificiteit niet zozeer voortkomt uit biologische of fysiologische factoren, maar berust op sociaal-culturele normen. In beide gevallen markeren maatschappelijke verwachtingen van vrouwelijke emoties en gedrag het onderscheid tussen ‘normaal’ en ‘afwijkend’. Vervolgens bespreek ik twee ethische implicaties van het

2. Hoewel in de geneeskunde ‘gendergerelateerd’ en ‘seksgerelateerd’ nog wel door elkaar worden gebruikt, kies ik in dit artikel voor ‘gender’ omdat dit verwijst naar de culturele betekenis van lichamelijke sekseverschillen.

pathologiseren van vrouwelijke emotie: het persisteren van genderstereotypen in de samenleving en bemoeilijkte toegang tot goede zorg voor een selecte, kwetsbare patiëntengroep.

Hysterie: modeziekte van de *belle époque*

Historicus Lisa Appignanesi geeft in haar boek *Mad, Bad and Sad: a History of Women and the Mind Doctors from 1800 to the Present* een nauwkeurige beschrijving van de sociaal-culturele context waarin de diagnose hysterie in zwang raakte (Appignanesi 2008). Europa, en Frankrijk in het bijzonder, onderging een grote sociaal-culturele transformatie aan het einde van de negentiende eeuw. De ijzeren grip van de Kerk verzwakte langzaam en technologische innovaties, zoals spoorwegen en fotografie, brachten een revolutie teweeg in de manier waarop burgers in de samenleving met elkaar in contact stonden. Welvaart, kunst en wetenschap floreerden in de relatief rustige periode voorafgaand aan de Eerste Wereldoorlog, ook wel bekend als de *belle époque*. Secularisatie en immigratie waren van grote invloed op de veranderende positie van de vrouw in de samenleving. Appignanesi beschrijft hoe hysterie als diagnose vol tegenstrijdigheden zo passend was voor het conflict waarin vrouwen zich in die tijd bevonden (Appignanesi 2008). Hoewel de moderniteit vrouwen enigszins had bevrijd van huis en haard, stonden ze nog ver af van de emancipatie die pas na de Eerste Wereldoorlog zou volgen. Grote aantallen vrouwen arriveerden in (of beter gezegd, werden verslept naar) speciale klinieken in een toestand gekenmerkt door seksuele razernij ofwel ‘hysterie’. De aandoening kon zich uiten in een grote verscheidenheid aan symptomen: epilepsie-achtige convulsies, spasmen en paralyse afgewisseld door schijnbaar normale episoden, emotionele uitbarstingen, agitatie en hyperseksualiteit.

De Franse arts Jean-Martin Charcot begon zijn werk met hysterische patiënten in het Hôpital de la Salpêtrière in 1862. Later bekend als de ‘Napoleon van de neurologie’, transformeerde Charcot de hel van het overbevolkte armenziekenhuis in een wereldberoemd centrum voor opleiding en onderzoek naar neurologische aandoeningen, en hysterie in het bijzonder. Charcot geloofde dat hysterie een erfelijke neurologische oorsprong had, die geluxeerd kon worden door omgevingsfactoren. Hypnose was hét middel om de hysterie mee te bestrijden. Hoewel Charcot de overtuiging had dat hysterie net zo goed bij mannen kon voorkomen, waren vrijwel al zijn patiënten vrouwen.

De hoogtijdagen van de hysterie brachten niet alleen artsen sterrenstatus, maar ook aan sommige patiënten. De manier waarop Charcot zijn patiënten opvoerde tijdens gedramatiseerde publieksdemonstraties en in zijn talloze fotoreeksen (gebundeld in de *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*) maakte beroemdheden van Louise “Augustine” Gleizes en Marie “Blanche” Whittman. Augustine

bereikte een bijna mythische status nadat zij vermomd in mannenkleren ontsnapte uit het Salpêtrière (Appignanesi 2008). Daarna zou er nooit meer wat van haar vernomen zijn. Ondanks zijn erfenis aan de moderne neurologie, staat Charcot's werk rondom hysterie tegenwoordig zowel ethisch als wetenschappelijk ter discussie. De karikaturale poses van de hysterische patiënten op de foto's van Charcot zijn mogelijk aangeleerd of zelfs geïnstueerd door Charcot zelf. Als aanhanger van de positivistische wetenschapsbeoefening, kwam Charcot tot zijn conclusies op basis van de bestudering van individuele gevallen van hysterie. Als een van de stadia van hysterie niet werd geobserveerd in een patiënt, werd die verondersteld op grond van de verschijnselen die er wel waren (Appignanesi 2008). Zo kon de diagnose hysterie zich als een olievlek uitbreiden.

Hysterie werd een containerbegrip dat van toepassing kon zijn op elke vrouw die zich niet conformeerde aan de normen van de tijd. Het archetype van de hysterische patiënt was een emotioneel labiele, vaak jonge en mooie vrouw, die makkelijk te beïnvloeden was. Appignanesi ziet in dit archetype de som van de angsten en aspiraties van de tijd: onder hypnose kon de vrouw worden teruggebracht tot de Victoriaanse karikatuur van de slapende engel, begeerlijk zonder zelf te begeeren. In haar geagiteerde en opgewonden staat vertegenwoordigde de vrouw het heimelijk verlangen naar seksuele vrijheid (Appignanesi, 2008). Tekenend is de veelvuldige vergelijking van hysterie met de extase van de heilige Theresia, op meesterlijke wijze verwezenlijkt in het beeldhouwwerk van Bernini. Zoals wij met licht ongemak kijken naar een beeld waarin seksualiteit en religiositeit samenkomen, zo wist men zich in het *fin de siècle* geen houding te geven tegenover de verontrustende aspecten van de vrouwelijkheid. Door de vrouwelijke conditie te medicaliseren werd zij weer beheersbaar.

Emotie als teken van een problematische persoonlijkheid

Hysterie als klinische diagnose raakte in de loop van de 20^{ste} eeuw uit de gratie in een wederom veranderende wereld. Het aandachtsgebied van de naoorlogse psychiatrie verlegde zich van het asiel (zoals het Hôpital de la Salpêtrière) naar het alledaagse leven. Binnen de psychiatrie ontstond de behoefte naar meer standaardisatie in de diagnostiek, wat de aanzet gaf tot de publicatie van de eerste DSM in 1952 door de *American Psychiatric Association* (Shorter 2013). Een deel van de hysterische symptomatologie werd gaandeweg ondergebracht bij nieuwe psychiatrische diagnoses. Somatisch onverklaarde paralyse en convulsies werden symptomen van de conversiestoornis en de functionele stoornis. Met de komst van de DSM-3 in 1980 verdween de 'hysterische neurose' uiteindelijk van het diagnostisch palet van de psychiater (Tasca et al 2012). Emotionele instabiliteit, prikkelbaarheid, impulsiviteit en hyperseksualiteit verdwenen echter niet als kenmerken van de verstoorde, vaak vrouwelijke individu. Dit keer kwam de agitatie niet voort

uit een neurologisch probleem zoals bij hysterie werd verondersteld, maar uit een stoornis in de persoonlijkheid.

Volgens historicus Susan Cahn moet de opkomst van de borderline persoonlijkheidsstoornis beschouwd worden in de specifieke culturele en politieke context van de 20^{ste} eeuw (Cahn 2014). Adolph Stern introduceerde in 1938 de term ‘borderline’ voor een groep patiënten met milde schizofrenie die zich in het schemergebied bevond tussen de klassieke neurose en psychose (New & Triebwasser 2018). Rond diezelfde tijd ontstond een bredere interesse in de relatie tussen persoonlijkheid en psychopathologie, wat voorheen vooral tot het terrein van de Freudiaanse psychoanalytici had behoord (Cahn 2014). De ‘borderline-conditie’ werd hevig bediscussieerd en in de jaren 1960-70 kwam men er op uit dat de symptomatologie niet zozeer paste bij schizofrenie, maar eerder een uiting was van een stoornis in de stemming (affect) en emotieregulatie (New & Triebwasser 2018). De ‘cyclothyme persoonlijkheid’ in de DSM-2 (op het grensvlak van verschillende affectieve stoornissen, zoals manische depressie) gaf uiteindelijk de opmaat voor de vermelding van de borderline persoonlijkheidsstoornis in de DSM-3. Cahn onderstreept het historische belang van de nieuwe legitimiteit die de DSM aan de aandoening gaf (Cahn 2014). Vanwege de systematiek die de DSM in haar classificatie hanteerde, ontleenden psychiaters een zekere wetenschappelijke validiteit aan de diagnoses die het handboek vermeldde. De borderline persoonlijkheidsstoornis werd daarmee in de Verenigde Staten ook gelijk interessant voor de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars (psychotherapie werd ook vergoed). Van een aanvankelijk obscuur psychoanalytisch concept veranderde de borderlinepersoonlijkheid in een “officiële” ziekte breed erkend door artsen, ziekenhuizen, therapeuten, fabrikanten en verzekeraars (Cahn 2012).

De erkenning van de borderline persoonlijkheidsstoornis in 1980 kwam op een bijzonder ongelukkig moment voor vrouwen (Appignanesi 2008). De tweede feministische golf had zich vanaf de jaren 1960 juist hardgemaakt voor het legitimeren van vrouwelijke woede en seksuele expressie. Er waren immers genoeg zaken om je als vrouw terecht over op te winden; herverdeling van huishoudelijke taken, deelname aan betaalde arbeid, hoger onderwijs en bestuur, uitbannen van seksueel geweld, seksuele bevrijding en een gelijkwaardige positie in de maatschappij. Bovendien hadden radicale feministen al langer kritiek op de psychiatrie omdat zij meenden dat die een rol had gespeeld in de blijvende onderdrukking van vrouwen (Appignanesi 2008). De borderlinepersoonlijkheid als nieuwe ziekte kwam temeer als een klap voor de vrouwenbeweging omdat het munitie was voor conservatieve “pro-family”-activisten (Cahn 2014). Zo kon de vrouw die niet conformeerde aan de waarden van het traditionele gezin weggezet worden als “zieke”.

De borderline persoonlijkheidsstoornis is nog altijd opgenomen in de DSM. Volgens de huidige DSM-5 wordt borderline persoonlijkheidsstoornis geken-

merkt door “een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit tenminste 5 van de volgende kenmerken:

1. krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden
2. een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
3. identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
4. impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld: geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
5. recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
6. affectabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen)
7. chronisch gevoel van leegte
8. inadequate intense woede of moeite om kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen)
9. voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen. (APA 2013)

“Vrouwelijke” diagnoses en maatschappelijke normen

De psychiatrie heeft in de tweede helft van de twintigste eeuw grote ontwikkelingen doorgemaakt als medisch specialisme. De wetenschap en systematiek van diagnosticeren die ten grondslag ligt aan de aandoeningen in de huidige DSM-5 hebben de behandeling en maatschappelijke positie van mensen met een psychiatrische aandoening aanzienlijk verbeterd. Hysterie en de borderline persoonlijkheidsstoornis vertonen daarmee belangrijke verschillen. Maar er zijn ook opvallende overeenkomsten. Zowel hysterie als borderline persoonlijkheidsstoornis hebben niet alleen allebei een vrouwelijk gezicht, de aandoeningen zouden zich ook evident anders uiten bij vrouwen dan bij mannen. Daarmee kunnen beide aandoeningen als ‘genderspecifiek’ beschouwd worden.

Sigmund Freud, bewonderaar en enige tijd pupil van Charcot, bewees de oude meester zijn laatste eer door in zijn necrologie erop te wijzen dat hysterie onder mannen veel vaker voorkwam dan voorheen gedacht, vooral onder de arbeidersklasse (Appignanesi 2008). Charcot zou gedurende zijn leven overtuigend bewijs hebben verzameld dat gevallen van alcoholintoxicatie, fysiek trauma en loodver-

giftiging bij mannen in feite op verkapte hysterie berustten (Micale 1990). De laatste jaren wordt ook voor de borderline persoonlijkheidsstoornis de klassieke man-vrouwverhouding ter discussie gesteld. Hoewel rond 75% van de patiënten in de klinische setting vrouw is, zou in de algemene populatie het percentage mannen versus vrouwen nagenoeg gelijk zijn (Lenzenweger et al 2007 & Grant et al 2008). Joel Paris, hoogleraar psychiatrie aan McGill University, stelt dat de genderverschillen tot stand komen doordat de specifieke symptomatologie bij vrouwen ervoor zorgt dat zij eerder hulp zoeken (Paris 2008). De agressie van de borderlinepersoonlijkheid zou zich bij de vrouw meer op zichzelf richten dan op de omgeving. Eetstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidepogingen zijn voorbeelden van zelfdestructief ‘borderline’ gedrag bij vrouwen (Tadić et al 2009). Bij mannen zou onbeheersbare agressie zich eerder uiten in geweldpleging en middelverslaving. Suïcide komt aanzienlijk vaker voor bij mannen dan bij vrouwen met de diagnose (Paris 2019). De genderspecifieke symptomen wijzen volgens sommigen op onderdiagnostiek bij mannen omdat zij in de gevangenis of de verslavingszorg belanden of omdat zij overlijden voordat de diagnose kan worden gesteld (Paris 2019).

Met genderspecificiteit an sich is niets mis. Maar weinigen zullen ontkennen dat er inherente verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen bestaan in het vóórkomen van ziekten, de symptomatologie, prognose en behandeling. Toch is het maar de vraag of genderspecificiteit wel altijd waardeneutraal is. In haar boek *The Ethics of Gender-Specific Disease* bespreekt Mary Ann Cutter een aantal belangrijke ethische vragen die het concept ‘genderspecifieke aandoeningen’ oproept. Zo bevraagt zij onder meer of het concept een vaststaand wetenschappelijk gegeven betreft of dat het volgt uit een afgeleid oordeel van artsen of patiënten over (biomedisch) dysfunctioneren (Cutter 2012). De sociaal-culturele context waarin hysterie en borderline persoonlijkheidsstoornis als psychiatrische diagnoses in opkomst zijn geraakt suggereert het tweede. Susan Cahn stelt zich de vraag hoe we moeten omgaan met een karakteristiek vrouwelijke stoornis die gepaard kan gaan met ernstige morbiditeit en zelfs mortaliteit, maar die in essentie gedefinieerd wordt door eigenschappen en emoties die de meeste vrouwen op enig moment in hun leven zullen doormaken. Of het nu gaat om extreme afhankelijkheid, overweldigende boosheid, verlatingsangst, promiscuïteit, onveilige seks, aantrekken-en-afstoten, emotionele intensiteit of verleidelijk gedrag (Cahn 2014). In die zin verschilt hysterie maar weinig van haar 20^{ste}-eeuwse zusje. Beide diagnoses normeren het gedrag van vrouwen in de samenleving. Zij markeren het verschil tussen normaliteit en afwijkend, waarbij het onderdrukken van een emotionele respons – hetgeen gezien wordt als een typisch mannelijke eigenschap – nog altijd de norm lijkt te zijn.

De genderspecificiteit van hysterie en borderline persoonlijkheidsstoornis leidt niet tot de vraag of vrouwen met deze diagnoses wel “echte” gezondheids-

problemen hebben en of de aandoeningen wel “bestaan”. Het leidt tot de veel relevantere vraag in hoeverre sociaal-culturele normen een rol mogen spelen in het definiëren van psychopathologie. In het volgende bespreek ik twee ethische implicaties van het pathologiseren van vrouwelijke emotie: persisteren van genderstereotypen in de samenleving en bemoeilijkte toegang tot goede zorg voor een selecte, kwetsbare patiëntengroep.

Persisterende genderstereotypen

Het pathologiseren van vrouwelijke emotie normeert de emoties en het gedrag van alle vrouwen in de samenleving en houdt daarmee genderstereotypen in stand. Vrouwen die hevige emoties doormaken en sociaal onaangepast gedrag vertonen krijgen al gauw het label ‘borderline’ van hun omgeving, zonder dat ze ook maar aan de diagnostische criteria voldoen. Borderline persoonlijkheidsstoornis blijkt overgediagnosticeerd te worden bij vrouwen (Becker & Lamb 1994). Mogelijk omdat zij in een bepaalde fase van hun leven worstelen met emoties, interpersoonlijke relaties en existentiële vragen over het zelf. De grenzen tussen afwijkend en normaal raken hier aanzienlijk vertroebeld. Hoe, maar vooral door wie wordt bepaald wat een “proportionele” emotionele respons is op een *trigger* uit de omgeving?

Daarnaast is borderline persoonlijkheidsstoornis misschien wel een van de meest gestigmatiseerde aandoeningen. Buiten de spreekkamer staat het vernederende woord ‘borderliner’ gelijk aan een moeilijke vrouw, grillig, geëmotioneerd, manipulatief en zelfdestructief (Ussher 2013; Nehls 1998). Het is een containerbegrip waarin verleidelijke patiënten, *crazy ex-girlfriends* en anderszins afwijkende vrouwen maar al te makkelijk in verdwijnen. In de hedendaagse popcultuur zit bij de geëmotioneerde, woedende vrouw vaak een steekje los. Zij is Glenn Close in de film *Fatal Attraction* die na een afwijzing van haar minnaar overmand door woede het konijn van zijn dochter in een pan op het vuur zet (Hoyne et al 2019). Haar woede is een bewijs dat haar emotionele gesteldheid – en misschien zelfs haar cognitie – verstoord is. Wie door emotie wordt “overmand”, laat de rede varen.

In zijn boek *Borderline Times: het einde van de normaliteit* introduceert psychiater Dirk de Wachter de stelling dat onze hele westerse samenleving in feite ‘borderline’ is (De Wachter 2012). De Wachter komt met de opmerkelijke conclusie dat de komst van technologie en consumentisme en het verdwijnen van God en het traditionele gezin ons allemaal heeft ‘verziekt’. We scheiden vaker, krijgen minder kinderen, kopen meer, drinken meer en grijpen naar het cosmetisch chirurgische mes om de leegte binnenin ons maar niet te hoeven voelen. Hoewel De Wachter benadrukt dat het feminisme ook goede ontwikkelingen teweeg heeft gebracht, laat zijn analyse in mijn opvatting weinig tot de verbeelding over wat

betreft de oorzakelijke rol van de nieuwe vrouwelijkheid in de ‘borderline’-samenleving. Vrouwen kunnen hun nieuwverworven vrijheid en ontworteling wederom – of nog steeds – niet aan. De Wachter lijkt te impliceren dat God, het huwelijk en zorgtaken voorkomen dat de vrouw zich het hoofd op hol laat brengen door vragen over haar eigen bestaan.

Bemoeilijkte toegang tot goede zorg

Om vandaag de dag de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis te krijgen, moet iemand tenminste vijf van negen symptomen vertonen op het gebied van emotionele labiliteit, impulsiviteit, identiteitsproblematiek en instabiele relaties (APA 2013). Mensen met borderlinepersoonlijkheid hebben ook vaker andere psychische aandoeningen, zoals eetstoornissen, middelenverslaving en depressie (Tadić et al 2009). Er zijn mensen die jarenlang met zichzelf worstelen als gevolg van deze combinatie van symptomen en gedragingen. De diagnose is voor deze mensen heel reëel, maar ook voor hun naasten. Het *life time*-risico op suïcide ligt ongeveer tussen de 3% en 10% (Paris 2019). Een diagnose geeft sommige patiënten steun omdat deze inzicht en erkenning geeft. Voor anderen wijst de diagnose boven alles de weg naar therapieën die de problemen kunnen helpen verminderen, zoals schematherapie en dialectische gedragstherapie (Paris 2008).

Toch levert het label ‘borderline persoonlijkheidsstoornis’ ook voor vrouwen met ernstige psychische problemen nadeel op. Onder professionals in de psychiatrie staan zij bekend als sommige van de moeilijkste patiënten die er zijn (Sulzer 2015). Meerdere studies bevestigen het bestaan van negatieve stereotypen geassocieerd met de term ‘borderline’ (Nehls 1998; Aviriam et al 2006). Je kunt ze geen pil geven om de persoonlijkheid op te lossen en therapieën moeten vaak langdurig gegeven worden, soms met maar weinig effect. Een aantekening ‘borderline persoonlijkheidsstoornis’ in het dossier kan voor hulpverleners al reden zijn om te twijfelen aan de woorden van de patiënt (Ferguson 2016). Ondanks dat pathologisch liegen en manipulatief gedrag geen diagnostische kenmerken zijn, zijn deze stigma’s onlosmakelijk verbonden aan de borderlinepersoonlijkheid (Aviriam et al 2006; Nehls 1998; Ussher 2013). De pijnlijke ironie is dat vrouwen met de diagnose zich in feite ‘in moeten houden’ om in de zorg serieus genomen te worden, hetgeen adequate diagnostiek en behandeling bemoeilijkt (Ferguson 2016). De arts-patiëntrelatie is al ontwricht voordat de patiënt nog maar de spreekkamer is binnengelopen. De veelvoorkomende combinatie van een emotieprobleem met een andere psychische aandoening, zoals een eetstoornis of verslaving, kan de patiënt ook in de problemen brengen. Bijvoorbeeld, in Nederland kunnen patiënten met dergelijke ‘complexe problematiek’ maar op weinig plekken terecht. Je kunt behandeld worden voor je middelenverslaving óf voor je emotieprobleem, een

gevolg van de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg in Nederland gefinancierd is, maar niet voor allebei.

Het label ‘borderline persoonlijkheidsstoornis’ bemoeilijkt niet alleen de weg naar passende zorg vanwege stigma. De klinische diagnose is geassocieerd met seksueel misbruik in de vroege kindertijd en onveilige hechting, alhoewel het verband tussen de twee nog niet goed begrepen wordt (Paris 2018). Borderline-problematiek is daarom ook wel in verband gebracht met posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Gunderson & Sabo 1993). Therapieën die zich uitsluitend richten op het stabiliseren van de emotierespons kunnen voorbijgaan aan de mogelijke oorzaken van deze diepgewortelde psychische problemen.

Conclusie

Hysterie en borderline persoonlijkheidsstoornis zijn genderspecifieke aandoeningen waarbij de definitie van pathologie berust op sociaal-cultureel normen voor het voelen, denken en gedrag van vrouwen. Hysterie was de modeziekte van de *belle époque* en weerspiegelt zowel fascinatie als angst voor de vrouwelijke conditie. De borderline persoonlijkheidsstoornis komt uit de koker van de 20^{ste}-eeuwse psychoanalytici en wordt in essentie gedefinieerd door eigenschappen die als typisch vrouwelijk worden bestempeld. Desondanks – of misschien wel als gevolg daarvan – is de borderline persoonlijkheidsstoornis verworpen tot een van de meest gestigmatiseerde aandoeningen die er zijn. Het gebruik van sociaal-culturele gendernormen voor het definiëren van psychopathologie heeft ethische implicaties. Ten eerste, het houdt stereotypen over vrouwelijk gedrag in stand en normeert daarmee de manier waarop vrouwen hun emoties tonen. We leven nog steeds in een maatschappij die vrouwen die hun emotie tonen verdacht vindt. Daarnaast kan het pathologiseren van emotie ertoe leiden dat vrouwen met ernstige psychische problemen belemmeringen ervaren in hun zoektocht naar de meest passende zorg. Belangrijkste hindernissen zijn het stigma van de ‘moeilijke’ vrouw en een continue focus op een problematische persoonlijkheid in plaats van op de onderliggende oorzaken, zoals onveilige hechting en traumatische ervaringen.

Bibliografie

- American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)*. Arlington, VA (Verenigde Staten): American Psychiatric Association.
- Appignanesi L 2008. “Hysteria”. In: *Mad, Bad and Sad: a History of Women and the Mind Doctors from 1800 to the Present*, pp. 142-166. Verenigd Koninkrijk: Virago Press.

- Aviriam RB et al 2006. "Perspectives: borderline personality disorder, stigma and treatment implications". *Harv Rev Psychiatry* 14(5):249-56.
- Bayes A & Parker G 2017. "Borderline Personality Disorder in Men: A Literature Review and Illustrative Case Vignettes". *Psychiatry Res* 257:197-202.
- Becker D & Lamb S 1994. "Sex Bias in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder". *Professional Psychology: Research and Practice* 25(1):55-61.
- Cahn S 2012. "Borderlines of Power: Women and Borderline Personality Disorder". *The Semiannual Newsletter of the Robert Penn Warren Center for the Humanities* 22(2):1-4.
- Cutter MA 2012. *The Ethics of Gender Specific-Disease*. New York, NY (Verenigde Staten): Routledge.
- De Wachter D 2012. *Borderline Times: het einde van de normaliteit*. Tielt (België): Dirk de Wachter & Uitgeverij Lannoo nv.
- Faber D 2007. "Hysteria in the eighteenth century". In: *Brain, Mind and Medicine: Essays in Eighteenth-Century Neuroscience*, pp. 321-330. Eds. Whitaker H, Smith CUM & Finger S. US: Springer.
- Faraone CA 2011. "Magical and medical approaches to the wandering womb in the ancient Greek world". *Classical Antiquity* 30(1):1-32.
- Ferguson A 2016. "Borderline Personality and Access to Services: A Crucial Social Justice Issue". *Australian Social Work* 69(2): 206-14.
- Gunderson JG & Sabo AN 1993. "The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD". *Am J Psychiatry* 150(1):19-27.
- Grant et al 2008. "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *J Clin Psychiatry* 69(4):533.
- Hoynes et al 2019. "Analysis of Fatal Attraction and Gone Girl to teach personality clusters". *Academic Psychiatry* 43:2018-23.
- Lenzenweger et al 2007. "DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Biol Psychiatry* 62(6):553.
- Maines RP 1999. "Female Sexuality as Hysterical Pathology". In: *The Technology of Orgasm: "Hysteria", the Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction*, p. 23. Baltimore & Londen: The Johns Hopkins University Press.
- Micale MS 1990. "Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France". *Med Hist* 34(4): 363-411.
- Nehls N 1998. "Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care". *Issues Ment Health Nurs* 19(2):97-112.
- New AS & Triebwasser J 2018. "History of Borderline Personality Disorder". In: *Borderline Personality Disorder*, pp. 1-16. Eds. Stanelly B & New AS. New York, NY (Verenigde Staten): Oxford University Press.
- Paris J 2008. *Treatment of Borderline Personality Disorder: a Guide to Evidence-Based Practice*. New York, NY (Verenigde Staten): The Guilford Press.

-
- Paris J 2018. "The Relationship Between Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder". In: *Borderline Personality Disorder*, pp. 71-82. Eds. Stanelly B & New AS. New York, NY (Verenigde Staten): Oxford University Press.
- Paris J 2019. "Suicidality in Borderline Personality Disorder". *Medicina* 55(6):223.
- Shorter E 2013. "The History of DSM". In: *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*, pp. 3-19. Eds. Paris J & Phillips J. New York, NY (Verenigde Staten): Springer.
- Sulzer SH 2015. "Does "difficult patient" status *de facto* contribute to demedicalization? The case of borderline personality disorder". *Social Science & Medicine* 142:82-89.
- Tadić A et al 2009. "Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder". *Psychopathology* 42(4): 257-63.
- Tasca C et al 2012. "Women and hysteria in the history of mental health". *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 8:110-9.
- Ten Have M et al 2016. "Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2". *BMC Psychiatry* 16:249.
- Ussher JM 2013. "Diagnosing difficult women and pathologising femininity: gender bias is psychiatric nosology". *Feminism & Psychology* 23(1): 63-69.