
The role of translation in the (de)stigmatization of mental health: the example of pÿ Jerold J. Kreisman and Hal Straus' I Hate You Don't Love Me the Borderline Personality

Auteur : Zecchinon, Léa

Promoteur(s) : Bada, Valérie; Druet, Anne-Cécile

Faculté : Faculté de Philosophie et Lettres

Diplôme : Master en langues et lettres modernes, orientation générale, à finalité spécialisée en traduction

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24857>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège
Faculté de Philosophie et Lettres
Département de Langues modernes : littérature, linguistique, traduction

**The role of translation in the
(de)stigmatization of mental health:
the example of Jerold J. Kreisman
and Hal Straus' *I Hate You–Don't
Leave Me, Understanding the
Borderline Personality***

Mémoire présenté par Léa ZECCHINON
en vue de l'obtention du grade de
Master en Langues et lettres modernes,
orientation générale à finalité spécialisée en traduction

Promotrice : Valérie BADA
Co-promotrice : Anne-Cécile DRUET



Année académique 2024-2025

Critères de qualité des travaux de fin d'études de la filière en Langues et lettres modernes

1. Questions/thématiques de recherche

- La question de recherche est-elle clairement définie ?
- La question de recherche est-elle originale et/ou scientifiquement ambitieuse ?
- Dans quelle mesure contribue-t-elle à la littérature scientifique et à l'état des connaissances de la discipline ?

2. Mobilisation de la théorie

- Utilisation de sources pertinentes ?
 - Le travail contient-il des références solides et pertinentes ?
 - Le travail contient-il un nombre suffisant de références scientifiques ?
 - Le seuil minimum est fixé à *10 références scientifiques* (à savoir : ouvrage, monographie, article de revue scientifique, chapitre d'ouvrage, compte-rendu...); ne comptent pas comme références scientifiques : les articles de blogs et les pages issues de sites de vulgarisation.
- Utilisation pertinente et critique des sources ?
 - Les sources sont-elles mobilisées de manière adéquate dans le texte ?
 - Les citations sont-elles mobilisées de manière pertinente dans le texte ?
 - Les différentes sources sont-elles mises en relation ?
- Les concepts pertinents pour la question de recherche sont-ils clairement définis et maîtrisés ?

3. La/Les questions de recherche (et les hypothèses éventuelles qui en découlent) sont-elles pertinentes, principalement en lien avec l'état de l'art ?

4. Méthodologie

- La méthodologie déployée permet-elle de répondre aux questions de recherche ?
- La méthodologie déployée est-elle décrite avec clarté et de manière complète ?
- Le cas échéant : la collecte des données (corpus, échantillon, questionnaire, sources textuelles...) a-t-elle été effectuée de manière rigoureuse ?
- Permet-elle d'apporter des éléments de réponse aux questions de recherche et aux objectifs du travail, et, le cas échéant, de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de travail ?

5. Analyse/Commentaire/Résultats

- La présentation des résultats ou observations se base-t-elle sur des preuves textuelles, des citations, des analyses de corpus, des extraits d'entretiens... ?
- Le corpus de travail est-il analysé de manière complète et systématique ?
- Le cas échéant : la base de données a-t-elle été constituée avec rigueur et précision ?
- Les résultats sont-ils présentés de manière claire et précise ?
- Les résultats sont-ils présentés de manière logique, de façon à développer un raisonnement cohérent ?
- Les résultats permettent-ils de répondre aux questions de recherche et de vérifier les hypothèses de travail ?
- Le commentaire permet-il une analyse en lien avec le cadre théorique défini ?

6. Discussion, synthèse, perspectives

- Les observations principales du travail sont-elles résumées de manière claire et mises en relation avec la littérature scientifique ?
- Des pistes de développement sur la base des conclusions principales (pour des recherches futures) sont-elles proposées ?
- Un regard critique sur la démarche mise en œuvre dans le travail est-il proposé ?

7. Qualité de la langue

Il est attendu que le TFE soit rédigé en langue étrangère et que la qualité de la langue mobilisée soit conforme aux attentes académiques. Indépendamment du contenu, le jury a la possibilité de remettre en cause la réussite du travail s'il estime que la qualité de la langue est insuffisante.

- La langue utilisée dans le travail respecte-t-elle les normes orthographiques, grammaticales et syntaxiques ?
- La terminologie scientifique est-elle mobilisée de manière appropriée ?
- Le texte est-il structuré de manière cohérente ?
- Le document respecte-t-il les caractéristiques du style académique ?
- La qualité de rédaction est-elle de nature à remettre en cause la réussite du travail ?

8. Mise en page et typographie

- La présentation matérielle du mémoire (structure, mise en page, typographie) est-elle soignée ?
- La longueur du travail est-elle conforme aux consignes ?

9. Référencement bibliographique et citations

- Toutes les références traitées dans le texte sont-elles présentes dans la bibliographie ?
- Toutes les références présentes dans la bibliographie sont-elles traitées dans le texte ?
- Les normes de citation sont-elles respectées ?
- Les normes bibliographiques sont-elles appliquées de manière cohérente et systématique ?
- Le travail ne contient-il pas de plagiat ; tout propos ne relevant pas d'une réflexion personnelle de l'étudiant·e est-il référencé ?

10. Défense orale

La défense orale permet au jury de vérifier la maîtrise des sujets abordés dans le travail ainsi que l'appareil méthodologique déployé. Elle permet de vérifier les compétences de présentation des étudiant·es et leur aptitude à répondre à des remarques critiques. La défense est publique et se déroule dans la langue étrangère.

Lors de la défense orale, l'étudiant·e propose une synthèse du travail soulignant les résultats principaux, approfondit un aspect particulier de celui-ci ou exploite une thématique connexe. Cette présentation dure au maximum 10 minutes.

- Le contenu de l'exposé est-il présenté de manière concise ?
- L'exposé est-il présenté de manière cohérente ?
- L'étudiant·e répond-il/elle aux critiques et questions de manière adéquate et convaincante ?
- La maîtrise de la langue orale est-elle conforme aux exigences académiques ?
- La langue mobilisée lors de la défense respecte-t-elle les normes grammaticales et lexicales ?

11. Déclaration d'authenticité relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle générative

- L'utilisation de plateformes d'intelligence artificielle générative est-elle conforme à ce qui est indiqué dans la déclaration d'authenticité ?

12. Longueur

*La longueur attendue pour un **TFE du master 120** (avec une fourchette de 10 % vers le haut ou vers le bas) est de **240 000 caractères espaces compris**, hors bibliographie et annexes. À titre indicatif, cela correspond à 36 000 mots, hors bibliographie et annexes.*

*La longueur attendue pour un **TFE du master 60** (avec une fourchette de 10 % vers le haut ou vers le bas) est de **160 000 caractères espaces compris**, hors bibliographie et annexes. À titre indicatif, cela correspond à 24 000 mots, hors bibliographie et annexes.*

- La longueur du TFE est-elle conforme aux dispositions réglementaires ?

Déclaration d'authenticité

Je, soussignée Léa ZECCHINON, déclare avoir rédigé le présent travail de fin d'études de manière autonome, sans l'aide non autorisée de tiers et ne pas avoir utilisé d'autres moyens que ceux indiqués. J'ai mentionné, en précisant la source, les passages de ce travail empruntés textuellement ou sous forme de paraphrase à d'autres ouvrages.

Je déclare avoir pris connaissance de la charte ULiège d'utilisation des intelligences artificielles génératives dans les travaux universitaires (https://www.student.uliege.be/cms/c_19230399/fr/faq-student-charte-uliege-d-utilisation-des-intelligences-artificielles-generatives-dans-les-travaux-universitaires) et des restrictions propres à ma filière d'étude, et je déclare que mon travail implique (cochez la case appropriée) :

- ☒ Aucun usage de l'IA générative
- ☐ Un usage de l'IA générative comme assistant linguistique (amélioration de la formulation, de la mise en forme de textes que j'ai rédigés ; cette utilisation est comparable aux correcteurs d'orthographe et de grammaire existants).
- ☐ Un usage de l'IA générative comme assistant à la recherche d'information (aide comparable à l'usage des moteurs de recherche existants qui facilitent l'accès à la connaissance d'un sujet).

Ce travail peut être vérifié pour le plagiat et l'utilisation des intelligences artificielles génératives à l'aide du logiciel approprié. Je comprends qu'une conduite contraire à l'éthique peut entraîner une sanction.

Lieu, date

Signature

Liège, le 16 août 2025

Zecchinon L.

Acknowledgements

First of all, a huge thank you to Professor Valérie BADA, for accepting my idea of translating psychology and giving me time and openness to explore this field. Your advice on this thesis has been very precious. Your classes taught me how rich translation could be.

Thank you from the bottom of my heart to Professor Anne-Cécile DRUET, whose passion for psychoanalysis made me realize that combining two of my main interests in life was possible. Thank you for your patience, your listening, and most of all, your time. This would not have been possible without you.

Thank you to all the mental health professionals who took the time to answer my questions about borderline personality disorder and the literature associated with it.

Thank you to my fiancée and Ms. DUBOIS, for believing in me and staying by my side when I was unwell. You helped me understand that my health problems did not define me and that I could make a strength out of them. Thank you to anyone—friends, family and professors—that made those years of education better than I could have expected. More specifically, I would like to thank Ilona SACRÉ, without whom my bachelor years would not have been so funny.

And last of all, thank you grandma. This is for you. You were supposed to proofread this thesis and although that is not possible anymore, I know you are looking at me from the above and smiling. The last thing I talked to you about was translation, and you know what? I am going to work in languages just like you.

Table of contents

1	Introduction.....	3
1.1	About this thesis and the translated book	3
1.1.1	The purpose of this thesis	3
1.1.2	The book and its authors.....	4
1.2	A brief introduction to BPD	5
1.3	Stigma surrounding mental illness: the case of Nicolas Demorand	6
1.4	The importance of Marsha Linehan.....	9
1.5	My own experience with the disorder.....	10
2	Translation	12
3	Commentary	64
3.1	Introductory words and the process of adaptation.....	64
3.2	Generic analysis	65
3.2.1	Scientific vulgarization as a genre.....	65
3.2.2	Scientific vulgarization in the book.....	66
3.2.3	Psychiatric translation	67
3.2.4	Target audience.....	68
3.2.5	References to the American health system	70
3.3	Stylistic analysis.....	72
3.3.1	The authors' writing tone	73
3.3.2	Addressing the reader	73
3.3.3	My translator's point of view	75
3.3.4	Has the authors' goal been achieved?.....	75
3.4	Semantic and lexical choices.....	77
3.4.1	The title	77
3.4.2	The term "borderline"	78
3.4.3	Acronyms.....	80

3.4.4	Medical and psychiatric terminology	82
3.4.5	Stigmatizing adjectives	84
3.5	The stigma	87
3.5.1	Differences between second and third editions	88
3.5.2	Extreme case studies	91
3.5.3	Assigning a gender to the disorder.....	91
3.5.4	Inclusive writing.....	94
3.6	Situated knowledges.....	96
4	Conclusion	99
	List of abbreviations	64
5	Bibliography.....	101
5.1	Articles	101
5.2	Audiovisual resources	102
5.3	Books	103
5.4	Master's thesis.....	103
5.5	Online dictionaries	104
5.6	Online resources.....	104
	Appendices	101
	Appendix 1: Exchange with Jerold J. Kreisman.....	101
	Appendix 2: Interview with Céline Baltaci, Clara Della Libera and Pauline Rémiche	105
	Appendix 3: Interview with Mathieu Taureau.....	127
	Appendix 4: Interview with Raphaël Gazon	137

1 Introduction

1.1 About this thesis and the translated book

1.1.1 The purpose of this thesis

With the interest in the human mind growing, it seems odd that the subject of mental health remains sensitive, especially when talking about mental illnesses. It is extremely frequent to hear someone use the term “depression” when feeling down, “bipolar” to describe someone changing opinions, or even “schizophrenic” or more recently, “borderline” to qualify someone as “crazy”. But why would such words be used to describe normal life situations? Language is in constant evolution, it reflects the growth of society and mentalities. Thus, I strongly believe that by naming and referring to something with a proper definition that has scientific grounds, it allows it to exist with less stigma and, maybe more realistically, with less fear. Here comes the main interest of this thesis, which is the use and importance of translation in the (de)stigmatization of mental health. The focus will be on borderline personality disorder, a diagnosis that arose relatively recently, and that has been misused and stigmatized. The lack of information has, without a doubt, added misconceptions around the disorder and made it even more difficult for people living with it to be included and understood in society.

When talking and writing about subjects such as mental health and illnesses, word choices are extremely important as they depict people’s (sometimes hidden) realities and can, even unintentionally, continue to add shame and misconception to those disorders. Although human translation may be threatened by the rise of artificial intelligence, I will never stop advocating for its absolute necessity and importance. As to translation in the medical and psychological field, human intervention is crucial in the process. It is necessary to develop a linguistic space where people could inform themselves and most importantly, understand themselves. I firmly believe that by normalizing words and their informed uses, a huge difference can be made. It feels like a duty to make language more accessible, as translation allows knowledge to be shared to a wider audience. Therefore, the goal of this thesis is to honor research and make it accessible for more people, by allowing knowledge to cross the borders of languages. More specifically, this thesis aims to destigmatize BPD and erase misconceptions.

1.1.2 The book and its authors

Keeping this goal in mind, the book partially translated is the third edition of *I Hate You—Don't Leave Me, Understanding the Borderline Personality*, a bestseller¹ by Jerold J. Kreisman and Hal Straus. I selected it as it addresses both professionals and patients, and is written by a psychiatrist. Both authors come from the United States of America. Few information is available on Hal Straus, except that he is “the author or coauthor of seven books on psychology, health, and sports topics” (Kreisman and Straus “About the authors”).

Jerold J. Kreisman seems to be more visible online, including some interviews on *YouTube* and many reviews of his books by readers. He is both a doctor in psychiatry and an author. Furthermore, he is “an associate clinical professor at St. Louis University” and is considered “a Distinguished Life Fellow of the American Psychiatric Association” (“Jerold J. Kreisman M. D.”). He has transmitted his knowledge not only in the USA but also abroad and “has appeared on many media programs, including *The Oprah Winfrey Show*” (ibid.). He has dedicated his career to the study of borderline personality disorder, mainly focusing his research on its comorbidities and trying to educate a greater audience to its scientific specificities (ibid.).

The book does not serve as a guide to recover from the disorder, but rather as an overview of said disorder: its roots, its symptoms, its possible treatments, its effect on the patients' environment, etc. It allows both patients and professionals to educate themselves on a condition that has been misunderstood for a long time. Though it is clear that not every patient will be interested in learning scientific information about their disorder, for some of them, as said in the book, this information is crucial to go further in the therapy process.

Although the book is interesting for its content and scientific information, it raises some issues, mainly in regards to the way it has been linguistically framed. Indeed, as it was first published in 1989, it seems to still convey a part of the stigma of that period of time. It has been revised twice and the differences between the second (2010) and the third (latest, 2021) editions will be analyzed. Although my first attempt at translating the book was more of a literal translation, I quickly felt uncomfortable with keeping the exact same wording. I thus decided to adapt some aspects of my translation, as will be further detailed in my commentary. This work will consist of the translation of approximately 40 pages from the book, which represents two and a half chapters, as well as, as mentioned above, a commentary on the translation.

¹ As stated on the back cover of the third edition of the book (2021).

1.2 A brief introduction to BPD

Before addressing the translation, it seems necessary to introduce the disorder which the book is about, meaning borderline personality disorder. First, it is essential to look at its definition and symptoms in the *DSM-5-TR*, which is the fifth (and latest) edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, published in 2013 and revised in 2022 (TR means “text revised”). This book is seen as the reference for psychiatric evaluations (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)”).

What are personality disorders? Ten are referenced in the *DSM-5*, in which a personality disorder is described as “[...] an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the norms and expectations of the individual’s culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment” (American Psychiatric Association 733). Personality disorders are divided into three clusters: BPD being part of the cluster B which groups individuals who “often appear dramatic, emotional, or erratic” (id. 734).

Borderline personality disorder is defined by nine diagnostic criteria, from which the patient must exhibit at least five to be associated with the disorder. It is described as:

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
2. A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.
3. Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.
4. Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). (Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
5. Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.
6. Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).
7. Chronic feelings of emptiness.

8. Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).
9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms. (id. 752-753)

In France, it is reported that approximatively 2.5% of the population shows enough symptoms to be diagnosed with the disorder. The majority of them will be hospitalized due to severe self-harm behaviors or suicide attempts (“Prévalence”). Although case studies and comorbidities will be mentioned in the translation part, it seems important to explain the differences between borderline personality disorder and the disorder commonly associated with it, which is bipolar disorder. Though they share similar symptoms, they have different diagnostic criteria and express themselves differently: “They are completely different in etiology and pathogenesis; they are superficially similar in some symptoms” (Barroilhet and Ghaemi 97). While bipolar disorder is a mood disorder, BPD is a personality disorder. The symptoms they share include “changes in mood, impulsivity, fragile self-esteem or self-worth, self-destructive behaviors and suicidal thoughts or actions” (“What’s the Difference Between BPD and Bipolar Disorder?”). They can both be disruptive in normal functioning. However, BPD does not include mania, one of the two characteristic episodes of bipolar disorder alongside depression (ibid.). Generally speaking, bipolar episodes tend to last longer than BPD ones and are not triggered by the same reasons: bipolar episodes sometimes “occur for no identifiable reason,” while BPD ones are often in reaction of the person’s fear of abandonment (ibid.). The key differences between the two disorders are thus the “duration of symptoms,” the “stability of symptoms over time,” their “response to treatment approaches” (bipolar disorder responds to medications, whereas BPD improves mainly from psychotherapy) and their “underlying causes and risk factors” (“Mood Disorders vs Personality Disorders: Understanding the Key Differences and Implications for Mental Health”).

1.3 Stigma surrounding mental illness: the case of Nicolas Demorand

As mentioned earlier, the field of mental health in general still suffers from stigmatization and misconceptions. According to the *Merriam Webster*, “stigma” is described as “a set of negative and unfair beliefs that a society or group of people have about something.” Thus, lack of information allows unfounded beliefs to take over reality. According to Lawn and Ring, it is truly miseducation that gives space to stigma (57), especially considering that “the BPD diagnosis was given to patients who were deemed to be problematic, manipulative and non-compliant in the healthcare system” (Gunderson qtd. in Lawn and Ring 57). Although the diagnostic criteria for BPD has now been

established and documented in the *DSM*, it is a reality that some health care workers still hold those misconceptions (Lawn and Ring 57). Not only does stigma appear during the therapeutic process, but it also does during the diagnosis: after receiving it, some patients feel shame, while others are relieved to have an explanation to their symptoms; similarly, many professionals prefer not to share the diagnosis with their patient, out of fear of adding stigma to their care and support (id. 60).

Furthermore, Lawn and Ring concluded that, on top of miseducation, a feeling of powerlessness also contributed to the stigma, both felt by the patients and the professionals (71). This feeling arises in professionals due to the high risk of suicide in BPD patients, considering it “selfish and irresponsible” (ibid.). It also seems that borderline individuals are deemed more responsible for their actions than other people suffering from different mental illnesses, making them appear “manipulative” (id. 72). Lastly, they highlight the lack of health literacy on BPD: patients want to understand and manage themselves better, but are not given the tools to do so, making them feel misunderstood (ibid.). Studies have shown that many health professionals prefer not to treat borderline personality disorder due to negative misconceptions (ibid.), creating a cycle of professionals avoiding patients and patients not being correctly taken care of, out of fear: “These cycles of beliefs, attitudes and processes continue to feed each other and stigma is not addressed. Both patients and MHPs are trapped in a stigmatised cycle in which the only place where the two parties meet is in their perceived powerlessness to change” (id. 73). In other words, addressing the stigma is essential in offering a better treatment to BPD patients and change mental health professionals’ perspective on the disorder and the possibility of recovery. To do so, “[a] study with psychologists stressed the importance of ongoing professional supervision and self-reflection to increase self-awareness of adverse reactions to BPD patients, leading to increased empathy” (Millar, et al. qtd. in Lawn and Ring 72). Empathy is key (ibid.).

Considering this may sound vague to the reader, it seems important to include an example of the shock—both positive and negative—that the announce of a mental disorder diagnosis can produce. I will focus on Nicolas Demorand, a French journalist and radio animator on “France Inter”, the most listened-to French radio station. In March of 2025, he published a book named *Intérieur nuit*, in which he describes his experience living with bipolar disorder type 2. Days before the publication of his book, at 53 years old, he announced on radio: « Je suis un malade mental : c’est cru, c’est violent à dire et sûrement à entendre, mais je ne veux plus le cacher ni me cacher » (“Nicolas Demorand : « Je suis un malade mental, je ne veux plus le cacher »”). He adds that the reason he did not express it earlier is « la maladie mentale fait peur » and « [il avait] honte » (ibid.). In his interview with Brut, he describes his shame and the one that mentally ill people feel as a consequence of the doubt about the veracity of such an illness. He adds that sharing one’s

experience dealing with a mental disorder should be as well accepted and supported as a physical health problem (“Nicolas Demorand nous parle de sa bipolarité”). In this interview, he adds that the goal of his book and his initiative towards destigmatizing his bipolar disorder is to tell people that there is always some light in the dark, and that being ill or having a disability does not prevent someone from doing a good job, even one of high importance.

Though the book reviews found online are mainly positive, some still said it was attention seeking and that he should not have done it publicly, or that using the term « *malade mental* » as a noun was too direct and violent (“*Intérieur Nuit: Critiques*”). It was even considered by some—here, Le Rest—as a “luxury” to be able to do so, as he is a man with societal privileges: « S’il est bien sûr positif qu’un homme médiatique se décide à aborder publiquement sa pathologie mentale, en dépit des injonctions à la virilité et à la performance, il semble assez probable qu’une femme dans une position similaire qui ferait la même confession serait traitée d’hystérique » (“« Nicolas Demorand est un malade mental » ou le luxe du « coming out psy »”). Le Rest adds that Demorand benefits from a very comfortable social status, which has helped his “coming-out” to be more accepted. Although those are facts, they do not take away his individuality and the struggles he had to go through as a human. It is obvious that anyone who would not share the same privileges would probably suffer from many more prejudices and consequences, but is this a reason to negate his experience and his act of bravery on this subject? It is interesting to hear him say that it took him eight years to gather the courage to share it, as well as seeing how many readers experience similar disorders. As much as he probably received a lot of hate or disdain from it, most of the people that took the time to read the book liked him and underlined his bravery. Some even shared their own story of mental illness, mentioning that it took years to do so for them too (“*Intérieur Nuit: Critiques*”).

This example, that happened only a few months ago in France, shows that the subject of mental illness is still a very sensitive subject, but that breaking that stigma can have extremely positive outcomes, such as freeing speech and allowing such experiences to be shared. An open letter to Nicolas Demorand has been published on the website *PromesseS*, an association that helps people with schizophrenia:

Nos adhérentes et adhérents ont été touchés, émus, impressionnés, scotchés, ravis par votre prise de parole. Vous avez révélé être un malade mental. Rien que ça. Vous venez de lancer le « me too » de la maladie psychique. De plus, vous l’avez fait avec les mots, les vrais mots, les vraies phrases, la vraie douleur de le vivre, de le cacher et la vraie libération de le dire. Ainsi, vous entrez dans le combat de la déstigmatisation. (“Remerciements à Nicolas Demorand”)

Considering that one out of every eight people in the world suffers from a mental disorder (“Mental disorders”), it seems important to underline those initiatives that make life less lonely for that one eighth of the population.

1.4 The importance of Marsha Linehan

In his article named “Should Psychiatrists Self Disclose?”, Howe discusses the idea of psychiatrists sharing parts of their lives with their patients. Although this is not directly linked to the theme of this thesis, it could be linked to the concept of situated knowledge, which will be further investigated in my commentary (see point 3.6). In addition to the importance of translation in the (de)stigmatization of mental health, I argue for a collaboration between patients and professionals. It is interesting to look at famous mental health professionals who have been both honest on their own struggles and have been successful in their work. This is the case of Marsha Linehan, who developed Dialectical Behavioral Therapy, one of the main current therapy approaches for borderline personality disorder.

There is an ongoing debate about whether or not psychiatrists and mental health professionals in general should share their own life experiences. It has long been considered as forbidden, but “more recent work has suggested that self disclosing by the psychiatrist may benefit some patients and cause harm to other patients” (Howe 14). Indeed, some of the benefits would be “instilling hope,” “reducing shame” and “reducing feelings of isolation” (id. 15). However, the disadvantages could be for the psychiatrist to be perceived as “impaired” or “not wanting to listen to the patient” (ibid.). Overall, talking about oneself should be thought about carefully, as the goal is to preserve the alliance with the patient (id. 16), as well as being sure that said patient will be able to respect their psychiatrist’s boundaries (ibid.). It is more a question of evaluation rather than of theoretical rules (id. 17).

Howe mentions Marsha Linehan, who chose to expose that she was struggling with the very same illness she was specialized in (15). Although the question of whether or not disclosing her diagnosis has helped her personal patients does not fall under the scope of this thesis, it is interesting to look at the impact she had on *all* BPD patients. Indeed, Marsha Linehan is the founder of dialectical behavioral therapy (DBT), “the first treatment shown to be effective for patients with borderline personality disorder” (Howe 15). This raises questions of situated knowledge: it is obviously not a coincidence for her to have the disorder which she has dedicated her life working on. She herself has embodied the collaboration between patients and professionals, and the efficacy of her method has been proven (ibid.). On the one side, she says in an interview

that this therapy technique has helped her: “I’ve been transformed by the very therapy that I developed” (“How She Learned Radical Acceptance | MARSHA LINEHAN”). On the other side, she also has helped most of BPD patients who are in treatment.

But who is Marsha Linehan and why has her research been so important? Now 82 years old, Linehan is an American psychologist (PhD), an author, as well as a professor (“Marsha Linehan, Ph.D., ABPP”). In *The New York Times*, Benedict Carey delves into the moment where Linehan shared her struggles publicly for the first time (“Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight”). In 2011, after many discussions with patients asking her if she too was struggling with mental illness, she decided to break the silence. She introduced it by saying: “So many people have begged me to come forward, and I just thought—well, I have to do this. I owe it to them. I cannot die a coward” (ibid.). One day, at a church, she realized the only thing she could do to get better was to first accept the situation, a technique she calls “radical acceptance” (ibid.). She started working with highly suicidal patients, mainly ones diagnosed with BPD, as she felt that she was able to understand their distress (ibid.). Not only was she a psychologist, she was also someone who had been through suicide attempts herself, and this has only helped her therapy approach to function better, as she knew how patients felt. This highlights the importance of situated knowledge, as will be discussed later in my commentary.

1.5 My own experience with the disorder

In 2022, I was diagnosed with borderline personality disorder. During two years, my life consisted of being in and out of hospitals, in which I had no other choice but to learn about my disorder. Not only did I read and learn *about* it, but I also learned *from* it. Though I have the privilege of speaking and understanding three languages and thus being able to expand my research, I quickly realized that BPD was not as documented in the francophone community as in the anglophone one: most of my research and reading was done in English. Even in English, the material I found available for patients was dehumanizing. I was at the hospital and when I googled my disorder, the first things that came up were articles and books on how to survive living with *someone* who had BPD. But why am *I* being portrayed as such a monster and why don’t *I* matter?

This said, even though language was not a barrier for me, it was definitely a problem for the staff and for the other patients. Most of them ignored the existence of self-help books about the disorder, of videos on YouTube made by licensed psychiatrists or other patients sharing their experiences, or even of countless DBT² exercises available for free online, etc. Furthermore, most

² Common abbreviation for Dialectical Behavioral Therapy.

of the staff were not taught proper skills regarding specialized BPD therapy methods, making it even more complicated for the patients to learn the existence of said methods. This may not seem like an important part of an hospitalization, but to me, and to a few other patients, it was. As much as I am not stating that the existence of books in French would avoid the institutionalization of most BPD patients, deeper care and support, including psychotherapy accessible to and mandatory for *all* patients, would, in my opinion, provide patients with a wider understanding of their own issues and reactions. Many patients were intrigued by the books I was reading, but were stopped by the language barrier: this clearly emphasizes the need for more books on the subject, with different difficulties of understanding and vulgarization of the disorder, practical exercises, etc. Translation has to be much more considered within the field of mental health: it is necessary to write and translate such books, whether it be for professionals, patients, or patients' family and friends. As much as I was reluctant on sharing my own diagnosis, if I want to be loyal to my will of destigmatisation, I have to be genuine. To patients: share your experiences. To experts and translators: help destigmatize this field and educate others.

2 Translation

I Hate You—Don't Leave Me, Understanding the Borderline Personality

Chapter Two: Chaos and Emptiness

All is caprice. They love without measure those whom they will soon hate without reason.
—Thomas Sydenham, seventeenth-century English physician, on “hystericks,” the equivalent of today’s borderline personality

“I sometimes wonder if I’m possessed by the devil,” says Carrie, a social worker in the psychiatric unit of a large hospital. “I don’t understand myself. All I know is, this borderline personality of mine has forced me into a life where I’ve cut everyone out. So it’s very, very lonely.”

Carrie was diagnosed with the borderline syndrome after twenty-two years of therapy, medication, and hospitalizations for a variety of mental and physical illnesses. By then, her medical file resembled a well-worn passport, the pages stamped with the numerous psychiatric “territories” through which she had traveled.

“For years I was in and out of hospitals, but I never found a therapist who understood me and knew what I was going through.”

Carrie’s parents were divorced when she was an infant, and she was raised by her alcoholic mother until she was nine. A boarding school took care of her for four years after that.

When she was twenty-one, overwhelming depression forced her to seek therapy; she was diagnosed and treated for depression at that time. A few years later, her moods began to fluctuate wildly, and she was treated for bipolar disorder (manic depression). Throughout this period, she repeatedly overdosed on medications and cut her wrists many times.

Je te déteste, ne m'abandonne pas : comprendre le trouble de la personnalité borderline

Chapitre deux : Le Chaos et le vide

Tout est un caprice. Ils aiment sans limite ceux qu'ils détesteront bientôt sans raison.

– Thomas Sydenham, médecin anglais du XVII^e siècle, en parlant des « hystériques », l'équivalent du trouble de la personnalité borderline d'aujourd'hui.

« Je me demande parfois si je ne suis pas possédée », explique Carrie, travailleuse sociale dans l'unité psychiatrique d'un grand hôpital. « Je ne me comprends pas. Tout ce que je sais, c'est que cette personnalité borderline qui est la mienne m'a entraînée dans une vie où j'ai coupé contact avec tout le monde. Je m'y sens seule, très seule. »

Un trouble borderline fut diagnostiqué chez Carrie après 22 ans de thérapie, de médication, et d'hospitalisations pour toute une série de maladies mentales et physiques. À ce moment, son dossier médical ressemblait à un passeport bien rempli, les pages tamponnées des nombreux et différents « territoires » psychiatriques qu'elle avait visités.

« Pendant des années je faisais des allers et retours à l'hôpital, mais je n'ai jamais trouvé de thérapeute qui me comprenne ou sache ce que je traversais. »

Les parents de Carrie divorcèrent quand elle était bébé, et elle fut élevée par sa mère alcoolique jusqu'à ses neuf ans. Un internat s'occupa d'elle pendant les quatre ans qui suivirent.

Quand elle eut 21 ans, une tristesse envahissante la força à consulter ; on lui diagnostiqua une dépression et elle fut traitée pour cela. Quelques années plus tard, son humeur commença à fluctuer énormément, et elle fut traitée pour un trouble bipolaire (maniaco-dépression). Tout au long de cette période, elle fit des overdoses de médicaments de façon répétée et mutila ses poignets de nombreuses fois.

“I was cutting myself and overdosing on tranquilizers, antidepressants, or whatever drug I happened to be on,” she recalls. “It had become almost a way of life.”

In her mid-twenties, she began to have auditory hallucinations and became severely paranoid. At this time she was hospitalized for the first time and diagnosed as schizophrenic.

And still later in life, Carrie was hospitalized in a cardiac-care unit numerous times for severe chest pains, subsequently recognized to be anxiety-related. She went through periods of binge eating and starvation fasting; over a period of several weeks, her weight would vary by as much as seventy pounds.

When she was thirty-two, she was brutally raped by a physician on the staff of the hospital in which she worked. Soon after, she returned to school and was drawn into a sexual relationship with one of her female professors. By the time she was forty-two, her collection of medical files was filled with almost every diagnosis imaginable, including schizophrenia, depression, bipolar disorder, hypochondriasis, anxiety, anorexia nervosa, sexual dysfunction, and post-traumatic stress disorder.

Despite her mental and physical problems, Carrie was able to perform her work fairly well. Though she changed jobs frequently, she managed to complete a doctorate in social work. She was even able to teach for a while at a small women’s college.

Her personal relationships, however, were severely limited. “The only relationships I’ve had with men were ones in which I was sexually abused. A few men have wanted to marry me, but I have a big problem with getting close or being touched. I can’t tolerate it. It makes me want to run. I was engaged a couple of times, but had to break the engagements off. It’s unrealistic of me to think I could be anybody’s wife.”

As for friends, she says, “I’m very self-absorbed. I say everything I think, feel, know, or don’t know. It’s so hard for me to get interested in other people.”

« Je m'auto-mutilais et je faisais des overdoses de calmants, d'antidépresseurs, ou de n'importe quel médicament que je prenais à ce moment-là », se souvient-elle. « C'était presque devenu un mode de vie. »

Vers vingt-cinq ans, elle commença à avoir des hallucinations auditives et devint gravement paranoïaque. Elle fut alors hospitalisée pour la première fois et diagnostiquée comme schizophrénique.

Et pourtant, plus tard, Carrie fut hospitalisée de nombreuses fois dans une unité de cardiologie pour des douleurs intenses à la poitrine, par la suite reconnues comme étant dues à l'anxiété. Elle traversa des périodes de boulimie et d'anorexie. Sur une période de quelques semaines, son poids pouvait varier de plus ou moins 30 kilos.

À 32 ans, elle fut brutalement violée par un médecin de l'équipe de l'hôpital où elle travaillait. Peu après, elle reprit des études et entama une relation sexuelle avec l'une de ses professeurs. À 42 ans, sa collection de dossiers médicaux était remplie de tous les diagnostics possibles et imaginables, dont la schizophrénie, la dépression, le trouble bipolaire, l'hypochondrie, l'anxiété, l'anorexie mentale, un trouble sexuel, et le trouble de stress post-traumatique.

Malgré ses problèmes mentaux et physiques, Carrie fut capable de travailler relativement bien. Bien qu'elle changeât de travail fréquemment, elle arriva à terminer un doctorat en sciences sociales. Elle fut même capable d'enseigner pendant un moment dans une petite université pour femmes.

Cependant, ses relations personnelles étaient très limitées. « Toutes les relations que j'ai eues avec des hommes ont conduit à des abus sexuels de leur part. Quelques-uns d'entre eux ont voulu m'épouser, mais j'ai un gros problème avec l'intimité et le fait d'être touchée. Je ne le supporte pas. Ça me donne envie de prendre mes jambes à mon cou. J'ai été fiancée quelques fois, mais j'ai dû rompre ces fiançailles. Il est irréaliste de ma part de penser que je pourrais être la femme de quelqu'un. »

Quant aux ami·e·s, dit-elle, « Je suis vraiment égocentrique. Je dis tout ce que je pense, ressens, sais, ou ne sais pas. C'est vraiment dur pour moi de m'intéresser à d'autres personnes. »

After more than twenty years of treatment, Carrie's symptoms were finally recognized and diagnosed as BPD. Her dysfunction evolved from ingrained, enduring personality traits, more indicative of a personality or "trait" disorder than her previously diagnosed, transient "state" illnesses.

"The most difficult part of being a borderline personality has been the emptiness, the loneliness, and the intensity of feelings," she says today. "The extreme behaviors keep me so confused. At times I don't know what I'm feeling or who I am."

A better understanding of Carrie's illness has led to more consistent treatment. Medications have been useful for treating acute symptoms and providing the glue for maintaining a more coherent sense of self; at the same time, she has acknowledged the limitations of the medications.

Her psychiatrist, working with her other physicians, has helped her to understand the connection between her physical complaints and her anxiety and to avoid unnecessary medical tests, drugs, and surgeries. Psychotherapy has been geared for the "long haul," focusing on her dependency and stabilization of her identity and relationships, rather than on an endless succession of acute emergencies.

Carrie, at forty-six, has had to learn that an entire set of previous behaviors are no longer acceptable. "I don't have the option of cutting myself or overdosing or being hospitalized anymore. I vowed I would live in and deal with the real world, but I'll tell you, it's a frightening place. I'm not sure yet whether I can do it or whether I *want* to do it."

Borderline: A Personality Disorder

Carrie's journey through this maze of psychiatric and medical symptoms and diagnoses exemplifies the confusion and desperation experienced by individuals afflicted with mental illness and by those who minister to them.

Après plus de vingt ans de traitement, les symptômes de Carrie furent enfin reconnus et diagnostiqués en tant que TPB³. Sa dysfonction provenait de traits de personnalité engrainés et persistants, plus représentatifs d'un trouble de la personnalité ou de « caractère » que ceux qu'on lui diagnostiqua auparavant, qui étaient des maladies « d'état » transitoires.

« La partie la plus difficile dans le fait d'avoir une personnalité borderline, c'est le vide, la solitude, et l'intensité des émotions », raconte-t-elle aujourd'hui. Les comportements extrêmes me laissent tellement perplexe. Par moments, je ne sais pas ce que je ressens ou qui je suis. »

Une meilleure compréhension de la maladie de Carrie permit un traitement plus adapté. Les médicaments furent utiles pour traiter les symptômes aigus et lui permirent de stabiliser une image de soi plus cohérente de par leur rôle de béquille, bien que, par la même occasion, elle se rendit compte des limites des médicaments.

Son psychiatre, en collaboration avec ses autres médecins, l'aida à comprendre le lien entre ses plaintes physiques et son anxiété et à éviter des examens médicaux, des médicaments, et des opérations inutiles. La psychothérapie s'occupe des problèmes « plus profonds », en se concentrant sur sa dépendance et sur la stabilisation de son identité et de ses relations, plutôt que sur une succession sans fin de crises aiguës.

À 46 ans, Carrie a dû apprendre que tout un ensemble d'anciens comportements n'étaient plus acceptables. « M'auto-mutuler ou faire une overdose ou être hospitalisée ne sont plus des options. J'ai promis que je vivrais et que j'affronterais le vrai monde, mais je vais vous l'avouer : c'est un endroit terrifiant. Je ne suis pas encore sûre d'être capable de le faire, ou de simplement *vouloir* le faire. »

Borderline : un trouble de la personnalité

Le voyage de Carrie au sein de ce labyrinthe de symptômes et diagnostics psychiatriques et médicaux illustre la confusion mentale et le désespoir ressenti par les individus souffrant d'une maladie mentale et par celles·eux qui s'en occupent.

³ TPB est l'abréviation du trouble de la personnalité borderline.

Though the specifics of Carrie's case might be considered extreme by some, millions of women—and men—suffer similar problems with relationships, intimacy, depression, and drug abuse. Perhaps if she had been diagnosed earlier and more accurately, she would have been spared some of the pain and loneliness.

Though patients with borderline personality suffer a tangle of painful symptoms that severely disrupt their lives, only recently have psychiatrists begun to more fully understand the disorder and treat it effectively. What is a “personality disorder”? What exactly does borderline border? How is borderline personality similar to and different from other disorders? How does the borderline syndrome fit into the overall schema of psychiatric medicine? These are difficult questions even for the professional, particularly in light of the elusive, paradoxical nature of the illness and its curious evolution in psychiatry.

One widely accepted model suggests that individual personality is actually a combination of *temperament* (inherited personal characteristics, such as impatience, vulnerability to addiction, etc.) and *character* (developmental values emerging from environment and life experiences)—in other words a “nature-nurture” mix. *Temperament* characteristics may be correlated with genetic and biological markers, develop early in life, and are perceived as instincts or habits. *Character* emerges more slowly into adulthood, shaped by encounters in the world. Through the lens of this model, BPD may be viewed as the collage resulting from the collision of genes and environment.

BPD is one of ten personality disorders noted in DSM-5. These disorders are distinguished by a cluster of developing *traits* that become prominent in an individual's behavior. These traits are relatively inflexible and result in maladaptive patterns of perceiving, behaving, and relating to others.

In contrast, *state* disorders (such as depression, schizophrenia, anorexia nervosa, chemical dependency) are usually not as enduring as *trait* disorders. These illnesses are more often time- or episode-limited. Symptoms may emerge suddenly and then be resolved as the patient returns to “normal.” Many times these illnesses are directly correlated with imbalances in the body's biochemistry and can often be treated with medications, which virtually eliminate the symptoms.

Bien que les spécificités du cas de Carrie puissent être considérées comme extrêmes par certains, des millions de femmes – et d’hommes – souffrent de problèmes similaires face à leurs relations, l’intimité, la dépression, et l’abus de médicaments. Peut-être que si elle avait été diagnostiquée plus tôt et de façon plus correcte, cela lui aurait épargné une part de douleur et de solitude.

Bien que les patient·e·s avec un trouble de la personnalité borderline souffrent d’un fouillis de symptômes douloureux qui perturbent gravement leur vie, ce n’est que récemment que les psychiatres ont commencé à mieux comprendre le trouble et à le traiter efficacement. Qu’est-ce qu’un « trouble de la personnalité » ? Quelles sont les limites du trouble borderline ? Comment est-ce que le trouble borderline s’apparente et se différencie d’autres troubles ? Comment situer le trouble borderline dans le schéma global de la psychiatrie ? Il s’agit ici de questions difficiles, même pour les professionnel·le·s, particulièrement par rapport à la nature insaisissable et paradoxale de la maladie et de sa curieuse évolution dans la psychiatrie.

Un modèle globalement accepté suggère que la personnalité individuelle est en fait une combinaison de *tempérament* (des traits personnels héréditaires, tels que l’impatience, la tendance à l’addiction, etc.) et de *caractère* (des valeurs développementales émergeant de l’environnement et des expériences de vie) – en d’autres mots, un mélange entre l’acquis et l’inné. Les caractéristiques liées au *tempérament* peuvent se combiner à des marqueurs génétiques et biologiques, se développer tôt, et être perçues comme des instincts ou des habitudes. Le *caractère* émerge plus lentement vers l’âge adulte, modelé par les rencontres dans le monde. Si on en suit ce modèle, le TPB peut être vu comme le mélange obtenu suite à la collision entre les gènes et l’environnement.

Le TPB est l’un des dix troubles de la personnalité recensés dans le DSM-5. Ces troubles se distinguent par un groupe de *traits* en développement qui deviennent envahissants dans le comportement de l’individu. Ces traits sont relativement rigides et créent des schémas inadaptés de perception, de comportement, et de relation aux autres.

Au contraire, les troubles *d’état* (comme la dépression, la schizophrénie, l’anorexie mentale, la dépendance chimique) ne sont généralement pas aussi tenaces que les troubles de *traits*. Ces maladies sont plus souvent limitées dans le temps ou se manifestent par épisodes. Les symptômes peuvent émerger soudainement et puis disparaître quand le patient revient à la « normale ». Bien souvent, ces maladies sont associées directement avec des déséquilibres dans la biochimie du corps et peuvent souvent être traitées par des médicaments, qui éliminent quasiment les symptômes.

Symptoms of a personality disorder, on the other hand, tend to be more durable traits and change more gradually; medications are in general less effective. Indeed, though several pharmaceutical companies have tested medicines, there remains no current medication specifically indicated for the treatment of BPD.

Psychotherapy is primarily recommended, though other treatments, including medication, may alleviate many symptoms, especially severe agitation or depression (see chapter 9). In most cases, borderline and other personality disorders are a secondary diagnosis, describing the underlying characterological functioning of a patient who exhibits more acute and prominent symptoms of a state disorder.

Comparisons to Other Disorders

Because the borderline syndrome often masquerades as a different illness and is often associated with other illnesses, clinicians often fail to recognize that BPD may be an important component in evaluating a patient. As a result, the borderline patient often becomes, like Carrie, a well-traveled patient, evaluated by multiple hospitals and doctors and accompanied throughout life by an assortment of diagnostic labels.

BPD can interact with other disorders in several ways (see Figure 2-1). First, BPD can coexist with state disorders in such a way that borderline pathology is camouflaged. For example, BPD may be submerged in the wake of a more prominent and severe depression. After resolution of the depression with antidepressant medications, borderline characteristics may surface and only then be recognized as the underlying character structure requiring further treatment.

Second, BPD may be closely linked and perhaps even contribute to the development of another disorder. For example, the impulsivity, self-destructiveness, interpersonal difficulties, deflated self-image, and moodiness often exhibited by patients with substance abuse or eating disorders may be more reflective of BPD than the primary disorder.

Les symptômes d'un trouble de la personnalité, eux, ont tendance à être des traits plus durables et à changer de façon plus progressive ; les médicaments sont en général moins efficaces. En effet, bien que de nombreuses entreprises pharmaceutiques aient testé des médicaments, il n'en existe actuellement aucun spécifiquement prescrit pour le traitement du TPB.

La psychothérapie est recommandée en premier lieu, bien que d'autres traitements, y compris la médication, puissent soulager beaucoup de symptômes, surtout l'agitation extrême ou la dépression (voir chapitre 9). Dans la plupart des cas, les troubles de la personnalité (dont la personnalité borderline) sont un diagnostic secondaire, expliquant le fonctionnement caractérologique sous-jacent d'un·e patient·e qui présente plus de symptômes aigus et importants d'un trouble d'état.

Comparaisons à d'autres troubles

Étant donné que le trouble borderline passe souvent pour une maladie différente et est souvent associé à d'autres maladies, les clinicien·ne·s échouent souvent à reconnaître que le TPB puisse être un élément important dans l'évaluation d'un·e patient·e. En conséquence, le·a patient·e borderline devient souvent, comme Carrie, un·e patient·e multipliant les consultations, allant d'examen en examen et de médecin en médecin, et sur qui on a collé tout au long de sa vie une multitude d'étiquettes diagnostiques.

Le TPB peut interagir avec d'autres troubles de plusieurs manières (voir l'image 2-1). Premièrement, le TPB peut coexister avec des troubles d'état de telle sorte que la pathologie borderline soit camouflée. Par exemple, le TPB peut être immergé dans une dépression plus importante et sévère. Après le traitement de la dépression par des médicaments antidépresseurs, les caractéristiques borderline peuvent refaire surface et, seulement à ce moment, être reconnues comme la structure de caractère sous-jacente, nécessitant un traitement plus approfondi.

Deuxièmement, le TPB peut être étroitement lié et peut-être même contribuer au développement d'un autre trouble. Par exemple, l'impulsivité, l'autodestruction, les difficultés interpersonnelles, la mauvaise image de soi et la déprime, souvent présentés par les patient·e·s qui ont des problèmes d'addictions ou des troubles alimentaires, peuvent être attribuées au TPB plutôt qu'au trouble principal.

Although it could be argued that chronic abuse of alcohol could eventually alter personality characteristics in such a way that a borderline pattern could evolve secondarily, it seems just as likely that underlying character pathology would develop first and contribute to the development of alcoholism.

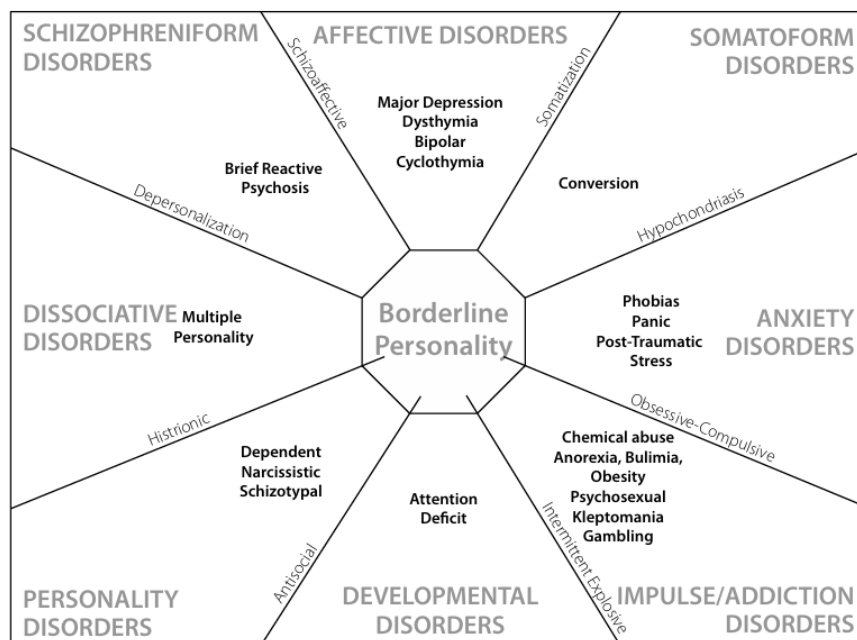


FIGURE 2-1. Schematic of position of BPD in relation to other mental disorders.

The question of which is the chicken and which is the egg may be difficult to resolve, but the development of illnesses associated with BPD may represent a kind of psychological vulnerability to stress. Just as certain individuals have genetic and biological dispositions to physical diseases—heart attacks, cancers, gastrointestinal disorders, etc.—many also have biologically determined propensities to psychiatric illnesses, particularly when stress is added to an underlying vulnerability to BPD. Thus, under stress, one borderline patient turns to drugs, another develops an eating disorder, and still another becomes severely depressed.

Third, BPD may so completely mimic another disorder that the patient may be erroneously diagnosed with schizophrenia, anxiety, bipolar disease, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), or other illnesses.

Bien que l'on puisse débattre du fait que l'abus chronique d'alcool pourrait éventuellement altérer les caractéristiques de personnalité d'une telle façon qu'un fonctionnement borderline pourrait se développer en conséquence, il paraît tout autant possible qu'une pathologie caractérielle sous-jacente puisse se développer en premier et contribuer au développement de l'alcoolisme.

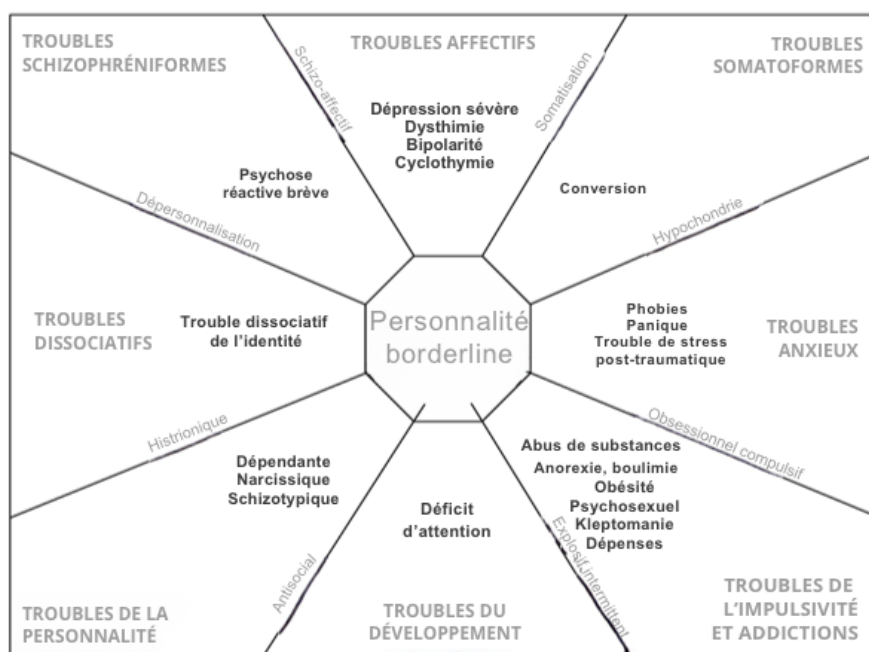


FIGURE 2-1. Schéma de la position du TPB en relation avec d'autres troubles mentaux.

La question de la poule ou de l'œuf peut s'avérer difficile à résoudre, mais le développement de maladies associées au TPB pourrait représenter une sorte de vulnérabilité psychologique au stress. De la même façon que certains individus ont des dispositions génétiques et biologiques à certaines maladies physiques – les crises cardiaques, les cancers, les troubles gastrointestinaux, etc. – beaucoup présentent des tendances biologiques aux maladies psychiatriques, particulièrement quand le stress est ajouté à une vulnérabilité sous-jacente au TPB. De ce fait, confronté·e au stress, un·e patient·e borderline se tourne vers les drogues, un·e autre développe un trouble alimentaire, un·e autre encore tombe en dépression sévère.

Troisièmement, le TPB peut complètement mimer les caractéristiques d'un autre trouble, à tel point qu'on peut diagnostiquer chez le·a patient·e de façon erronée de la schizophrénie, de l'anxiété, un trouble bipolaire, un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ou d'autres maladies.

Comparison to Schizophrenia and Psychosis

Schizophrenic patients are usually much more severely impaired than borderline patients and less capable of manipulating and relating to others. Both kinds of patients may experience agitated psychotic episodes. The estimated prevalence of psychosis in BPD (including auditory and visual hallucinations, paranoid delusions, and dissociative experiences) is 20 to 50 percent.

In contrast to schizophrenia, psychotic symptoms in BPD are usually less consistent and less pervasive over time and are usually stress-related. Schizophrenic patients are much more likely to grow accustomed to their hallucinations and delusions and are often less disturbed by them. Although both groups may be destructive and self-mutilating, the borderline patient usually can function more appropriately; the schizophrenic patient is typically emotionally blunted, withdrawn, and much more severely impaired socially.

Comparison to Affective Disorders (Depressive and Bipolar Disorders)

About 96 percent of BPD patients have a mood disorder during their life. Anxiety disorders frequently accompany affective illnesses. Major depression is estimated to affect 71 to 83 percent of borderline patients.

“Mood swings” and “racing thoughts” are common patient complaints, to which the knee-jerk diagnostic response from the clinician is to diagnose depression or bipolar disorder (manic depression). However, such symptoms are consistent with BPD, and even ADHD, both of which are significantly more prevalent than bipolar disorder. Though some have argued that BPD is a form of bipolar disorder, clinical, genetic, and imaging studies distinguish the illnesses, and the clinical differences between these syndromes are dramatic. For those afflicted with bipolar disorder, episodes of depression or mania represent radical departures in functioning. Mood changes last from days to weeks. Between mood swings, these individuals maintain relatively normal lives and can usually be treated effectively with medications.

Comparaison avec la schizophrénie et la psychose

Les patient·e·s schizophrènes sont généralement beaucoup plus gravement perturbé·e·s que les patients borderline et moins à même d'établir des liens avec les autres ou de les amener à exprimer leur affection. Tous deux peuvent vivre des épisodes psychotiques agités. La prévalence estimée de la psychose dans le TPB (incluant des hallucinations auditives et visuelles, des délires paranoïaques, et des expériences dissociatives) est de 20 à 50%.

Contrairement à la schizophrénie, les symptômes psychotiques du TPB sont généralement moins constants et envahissants sur le long terme, et plus généralement associés au stress. Il est beaucoup plus probable que les patient·e·s schizophrènes finissent par s'accoutumer à leurs hallucinations et à leurs délires, et qu'ils en soient souvent moins dérangé·e·s. Bien que les deux groupes puissent être destructeurs et automutilateurs, le·a patient·e borderline fonctionne généralement de façon plus adaptée ; le·a patient·e schizophrène est généralement plus détaché·e émotionnellement, renfermé·e, et éprouve beaucoup plus de difficultés d'un point de vue social.

Comparaison avec les troubles affectifs (troubles dépressif et bipolaire)

Approximativement 96% des patient·e·s borderline présentent un trouble de l'humeur durant leur vie. Les troubles anxieux accompagnent fréquemment les maladies affectives. On estime que 71 à 83% des patient·e·s borderline sont affectés par la dépression sévère.

Les « sautes d'humeur » et les « pensées qui défilent » sont des plaintes récurrentes chez les patient·e·s, auxquelles le·a clinicien·ne répond spontanément en diagnostiquant une dépression ou un trouble bipolaire (manico-dépression). Cependant, de tels symptômes correspondent au TPB, ou même au TDAH, tous les deux bien plus présents que le trouble bipolaire. Bien que certain·e·s aient défendu l'idée que le TPB soit une forme de trouble bipolaire, des études cliniques, génétiques, et par imagerie distinguent les maladies, et les différences cliniques entre ces troubles sont énormes. Pour les patient·e·s atteint·e·s d'un trouble bipolaire, les épisodes de dépression ou de manie représentent des écarts radicaux dans leur fonctionnement. Les changements d'humeur durent de quelques jours à quelques semaines. Entre les sautes d'humeur, ces individus conservent des vies relativement normales et peuvent être traités de façon efficace grâce aux médicaments.

Borderline patients, in contrast, typically have difficulties in functioning (at least internally) even when not displaying prominent mood swings. When exhibiting hyperactive, self-destructive, or suicidal behaviors, or experiencing wide and rapid mood swings, the borderline individual may appear bipolar. However, BPD mood variations are more transient (lasting hours rather than days or weeks), more unstable, and more often reactive to environmental stimuli. The criteria that most effectively distinguish BPD from bipolar disorder are abandonment fears and identity disturbance. Nevertheless, both disorders have a 20 percent overlap in diagnostic frequency—that is to say, 20 percent of patients with bipolar disorder evidence co-occurring BPD, and 20 percent of patients with BPD also have bipolar disorder. Those patients with both diagnoses have decidedly more severe symptoms and complicated outcomes.

BPD and ADHD

Individuals with ADHD are subjected to a constant scramble of flashing cognitions. Like borderline patients, they often experience wild mood changes, racing thoughts, impulsivity, anger outbursts, impatience, and low frustration tolerance; have a history of drug or alcohol abuse (self-medicating) and torturous relationships; and are bored easily. Indeed, many borderline personality characteristics correspond to the “typical ADHD temperament,” such as frequent novelty-seeking (searching for excitement) coupled with low reward dependence (lack of concern for immediate consequences). Not surprisingly, several studies have noted correlations between these diagnoses. Some prospective studies have noted that children diagnosed with ADHD frequently develop a personality disorder, especially BPD, as they get older. A Swedish study indicated that individuals with a diagnosis of ADHD were almost twenty times more likely to also have a BPD diagnosis. Retrospective researchers have determined that adults with the diagnosis of BPD often fit a childhood diagnosis of ADHD. Whether one illness causes the other, whether they frequently travel together, or, possibly, whether they are merely related manifestations of the same disorder remains for intriguing further investigation.

Les patient·e·s borderline, au contraire, présentent généralement des difficultés dans leur fonctionnement (du moins intérieurement) même lorsqu'ils ne montrent pas de sautes d'humeur importantes. Lorsqu'il montre des comportements hyperactifs, autodestructeurs, ou suicidaires, ou qu'il expérimente des sautes d'humeur importantes et rapides, l'individu borderline peut donner l'impression d'être bipolaire. Cependant, les variations d'humeur du TPB sont plus transitoires (durant des heures plutôt que des jours ou des semaines), plus instables, et se produisent plus souvent en réaction à des stimuli environnementaux. Les critères qui distinguent le plus clairement le TPB du trouble bipolaire sont les peurs de l'abandon et la perturbation d'identité. Néanmoins, les deux troubles ont 20% de risque de comorbidité — c'est à dire que 20% des patients bipolaires démontrent également un TPB, et 20% des patient·e·s avec un TPB ont aussi un trouble bipolaire. Ces patient·e·s présentant les deux diagnostics ont des symptômes plus graves et des conséquences plus compliquées.

Le TPB et le TDAH

Les individus présentant un TDAH sont sujets à un fouillis constant de cognitions explosives. Tout comme les patient·e·s borderline, ils vivent souvent des changements d'humeur extrêmes, des pensées qui défilent, de l'impulsivité, des explosions de colère, de l'impatience, et une faible tolérance à la frustration ; ils présentent un historique d'abus de drogues ou d'alcool, (automédication) et des relations tortueuses, et ils s'ennuient facilement. En effet, de nombreuses caractéristiques de la personnalité borderline correspondent au « tempérament typique du TDAH », telles que la recherche de nouveauté (avec l'excitation qui y est liée) en parallèle avec une dépendance à la récompense immédiate (un manque de considération des conséquences immédiates). Comme on peut s'y attendre, des corrélations entre ces diagnostics sont observées dans plusieurs études. Certaines études prospectives ont observé que les enfants chez qui on a diagnostiqué un TDAH développent fréquemment un trouble de la personnalité, surtout le TPB, quand ils grandissent. Une étude suédoise a indiqué que les individus présentant un diagnostic de TDAH avaient presque vingt fois plus de risque de recevoir un diagnostic du TPB. Des recherches rétrospectives ont prouvé que les adultes avec un diagnostic de TPB rentrent souvent dans les critères d'un diagnostic précoce de TDAH. Qu'une maladie provoque l'autre, qu'elles aillent souvent de pair, ou qu'il s'agisse de manifestations similaires d'un même trouble, autant de questions extrêmement intéressantes qui devront faire l'objet de recherches plus poussées.

Interestingly, one study demonstrated that treatment of ADHD symptoms also ameliorated BPD symptoms in patients diagnosed with both disorders.

BPD and Pain

Borderline individuals exhibit paradoxical reactions to pain. Many studies have shown a significantly decreased sensitivity to *acute* pain, particularly when self-inflicted (see “Self-Destruction” later in this chapter). However, borderline patients exhibit greater sensitivity to *chronic* pain. About 30 percent of patients with chronic pain (such as fibromyalgia, arthritis, back pain) also appear to suffer from BPD. This “pain paradox” appears unique in BPD and has not been satisfactorily explained.

Some posit that acute pain, especially when self-inflicted, satisfies certain psychological needs for the patient and is associated with changes in electrical brain activity and perhaps quick release of endogenous opioids, the body’s own narcotics. However, ongoing pain, experienced outside the borderline person’s control, may result in less internal analgesic protection and cause more anxiety. It may also be enlisted to gain more attention and caring responses from others. A study on pain tolerance following knee surgery in borderline patients demonstrated a poorer response and was related to borderline coping mechanisms with ongoing pain. As BPD patients age, they appear to become more sensitive to pain.

BPD and Somatization Disorder

The borderline individual may focus on his physical ills, complaining loudly and dramatically to medical personnel and acquaintances, in order to maintain dependency relationships with them. He may be considered merely a hypochondriac, while the underlying understanding of his problems is completely ignored.

Il est intéressant de préciser qu'une étude a démontré que le traitement des symptômes du TDAH améliorerait aussi les symptômes du TPB chez les patient·e·s chez qui on avait diagnostiqué les deux troubles.

Le TPB et la douleur

Les individus borderline présentent des réactions paradoxales à la douleur. De nombreuses études ont démontré une sensibilité significativement amoindrie à la douleur *vive*, surtout quand celle-ci est auto-infligée (voir « L'autodestruction » plus loin dans ce chapitre). Cependant, les patient·e·s borderline manifestent une plus grande sensibilité à la douleur *chronique*. Approximativement 30% des patient·e·s souffrant de douleur chronique (comme la fibromyalgie, l'arthrose, les maux de dos) souffrent également du TPB. Ce « paradoxe de la douleur » paraît propre au TPB et n'a pas été expliqué de façon satisfaisante.

Certain·e·s postulent que la douleur vive, surtout quand elle est auto-infligée, répond à certains besoins psychologiques du·de la patient·e et est associée aux changements dans l'activité électrique cérébrale et peut-être une libération rapide d'opioïdes endogènes, les propres narcotiques du corps. Cependant, une douleur constante, vécue hors du contrôle de la personne borderline, peut déclencher une moindre protection analgésique interne et provoquer plus d'anxiété. Cela peut également être utilisé dans le but d'obtenir plus d'attention et d'aide des autres. Une étude sur la tolérance à la douleur suite à une opération du genou chez des patient·e·s borderline a démontré une réponse moindre et a été mise en relation avec les mécanismes borderline de gestion de la douleur continue. Plus les patient·e·s souffrant d'un TPB vieillissent, plus ils semblent devenir sensibles à la douleur.

Le TPB et le trouble de somatisation

L'individu borderline peut se concentrer sur ses douleurs physiques, en se plaignant haut et fort et de façon dramatique au personnel médical et à son entourage, dans le but de maintenir des relations de dépendance avec eux·elles. Il peut être considéré comme simplement hypocondriaque, alors que la compréhension sous-jacente de ses problèmes est complètement ignorée.

Somatization disorder is a condition defined by the patient's multiple physical complaints (including pain, gastric, neurological, and sexual symptoms), unexplained by any known medical condition. In hypochondriasis, the patient is convinced he has a terrible disease despite a negative medical evaluation that reveals no evidence of one.

BPD and Dissociative Disorders

Dissociative disorders include such phenomena as amnesia or feelings of unreality about oneself (*depersonalization*) or about the environment (*derealization*). The most extreme form of dissociation is dissociative identity disorder (DID), previously referred to as "multiple personality." Almost 75 percent of individuals with BPD experience some dissociative phenomena. The prevalence of BPD in those suffering from the most severe form of dissociation, DID, as a primary diagnosis is even greater. Both disorders share common symptoms—impulsivity, anger outbursts, disturbed relationships, severe mood changes, and a propensity for self-mutilation. There is frequently a childhood history of mistreatment, abuse, or neglect.

BPD and Post-Traumatic Stress Disorder

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a complex of symptoms that follows an extraordinarily severe traumatic event, such as a natural disaster or combat. It is characterized by intense fear, an emotional re-experiencing of the event, nightmares, irritability, an exaggerated startle response, avoidance of associated places or activities, and a sense of helplessness. Since both BPD and PTSD have frequently been associated with a history of extreme abuse in childhood and reflect similar symptoms—such as extreme emotional reactions and impulsivity—some have posited that they are the same illness. Although some studies indicate that they may occur together as much as 50 percent or more of the time, they are distinctly different disorders with different defining criteria. When BPD patients also suffer from PTSD, symptoms are more severe. Female patients, particularly, are more likely to nonlethally self-injure, especially seeking attention. They are also more likely to suffer from anxiety illnesses, such as panic disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), and agoraphobia.

Le trouble de somatisation est une maladie définie par la multitude de plaintes physiques du·de la patient·e (incluant des symptômes de douleur, des symptômes gastriques, neurologiques, et sexuels), sans qu'aucune affection somatique médicalement reconnue ne puisse les expliquer. Dans l'hypochondrie, le·a patient·e est convaincu·e de souffrir d'une terrible maladie malgré des examens médicaux négatifs qui n'en révèlent aucune.

Le TPB et les troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs incluent des phénomènes tels que l'amnésie ou des sensations de ne pas être réel (*dépersonnalisation*) ou d'être dans un environnement qui ne l'est pas (*déréalisation*). La forme de dissociation la plus extrême est le trouble dissociatif de l'identité (TDI), appelé autrefois le trouble de « personnalité multiple ». Presque 75% des individus souffrant d'un TPB vivent certains phénomènes dissociatifs. La prévalence du TPB chez celles·eux souffrant de la forme la plus sévère de dissociation, le TDI, comme premier diagnostic est encore plus importante. Les deux troubles présentent des symptômes communs — l'impulsivité, les expositions de colère, les relations perturbées, les changements d'humeur importants, et une tendance à l'automutilation. On observe fréquemment un historique de mauvais traitements, d'abus, ou de négligence dans l'enfance.

Le TPB et le trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un ensemble de symptômes qui suit un événement extrêmement traumatique, comme un désastre naturel ou une guerre. Il se caractérise par une peur intense, une ré-expérience émotionnelle de l'événement, des cauchemars, de l'irritabilité, un déclenchement excessif de la réaction de peur, un évitement des endroits et activités associés au traumatisme, et un sentiment d'impuissance. Étant donné que le TPB et le TSPT sont souvent associés à un historique d'abus extrêmes dans l'enfance et reflètent des symptômes similaires — tels que les réactions émotionnelles extrêmes et l'impulsivité — certain·e·s ont postulé qu'il s'agit d'une seule et même maladie. Bien que certaines études indiquent qu'ils peuvent co-exister dans 50% ou plus des cas, ce sont des troubles distincts avec des critères diagnostiques différents. Quand les patients souffrant d'un TPB présentent aussi un TSPT, les symptômes sont plus sévères. Les patientes, en particulier, sont plus à même de se blesser de façon non létale, surtout dans une recherche d'attention. Elles sont aussi plus sujettes aux maladies liées à l'anxiété, comme le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), et l'agoraphobie.

PTSD patients with co-occurring different personality disorders do not experience as severe complications.

BPD and Associated Personality Disorders

Many characteristics of BPD overlap with those of other personality disorders. For example, dependent personality disorder shares with BPD the features of dependency, avoidance of being alone, and strained relationships. But the dependent personality lacks the self-destructiveness, anger, and mood swings of a borderline patient. Similarly, those with schizotypal personality disorder exhibits poor relations with others and difficulty in trusting, but are more eccentric and less self-destructive. Often a patient exhibits enough characteristics of two or more personality disorders to warrant diagnoses for each. For example, a patient may demonstrate characteristics that lead to diagnoses of both borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder.

In previous editions of the DSM, BPD was grouped in a cluster of personality disorders that generally reflect dramatic, emotional, or erratic features. The others in this group are narcissistic, antisocial, and histrionic personality disorders. All of these are more closely related to BPD.

Both those with BPD and narcissistic personality disorder display hypersensitivity to criticism; failures or rejections can precipitate severe depression. Both can exploit others; both demand almost constant attention. The person with narcissistic personality disorder, however, usually functions at a higher level. He exhibits an inflated sense of self-importance (sometimes camouflaging desperate insecurity), displays disdain for others, and lacks even a semblance of empathy. In contrast, the borderline person has a lower self-esteem and is highly dependent on others' reassurance. She desperately clings to others and is usually more sensitive to their reactions.

Les patient·e·s avec un TSPT qui présentent d'autres troubles de la personnalité ne connaissent pas de complications si graves.

Le TPB et les troubles de la personnalité associés

Plusieurs caractéristiques du TPB se retrouvent dans celles d'autres troubles de la personnalité. Par exemple, le trouble de la personnalité dépendante partage avec le TPB les caractéristiques de la dépendance à autrui, l'évitement de la solitude, et les relations malsaines. Mais le trouble de la personnalité dépendante ne présente pas l'autodestruction, la colère, et les sautes d'humeur d'un·e patient·e borderline. De la même façon, les patient·e·s présentant un trouble de la personnalité schizotypique manifestent des relations peu développées avec les autres et une difficulté à faire confiance, mais sont plus excentriques et moins autodestructeurs. Souvent, un·e patient·e présente assez de caractéristiques d'au moins deux troubles de la personnalité pour justifier le diagnostic de chacun d'entre eux. Par exemple, un·e patient·e peut présenter les caractéristiques et donc aboutir aux diagnostics du trouble de la personnalité borderline et du trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive.

Dans les éditions précédentes du DSM, le TPB était regroupé dans la catégorie des troubles de la personnalité qui reflètent généralement des traits théâtraux, émotionnels, ou excentriques. Les autres troubles du groupe sont les troubles de la personnalité narcissique, antisociale, et histrionique. Tous ceux-ci sont plus proches du TPB.

Les patient·e·s souffrant du TPB, tout comme celles·eux souffrant du trouble de la personnalité narcissique, affichent une hypersensibilité à la critique : les échecs ou le rejet peuvent provoquer une dépression profonde. Tou·te·s deux peuvent exploiter les autres, tou·te·s deux exigent une attention presque constante. La personne souffrant d'un trouble de la personnalité narcissique, cependant, fonctionne généralement mieux dans la vie. Elle fait montre d'un sens grandiose de soi (masquant parfois une insécurité désespérée), montre du dédain pour les autres, et manque d'un semblant d'empathie. Au contraire, la personne borderline a une moins bonne estime d'elle et est fortement dépendante de la réassurance des autres. Elle s'attache désespérément aux autres et est généralement plus sensible à leurs réactions.

Like the borderline individual, the person with antisocial personality disorder exhibits impulsivity, poor tolerance of frustration, and manipulative relationships. Someone with antisocial personality disorder, however, lacks a sense of guilt or conscience; he is more detached and is not purposefully self-destructive.

The person with histrionic personality disorder shares with the borderline personality tendencies of attention-seeking, manipulateness, and shifting emotions. The histrionic personality, however, usually develops more stable roles and relationships. He is usually more flamboyant in speech and manner, and his emotional reactions are exaggerated. Physical attractiveness is a primary concern. One study compared psychological and social functioning in patients with BPD, schizotypal, obsessive-compulsive, or avoidant personality disorders and patients with major depression. Patients with borderline and schizotypal personality disorders were significantly more functionally impaired than those with the other personality disorders and those with major depression.

BPD and Substance Abuse

BPD and chemical abuse are frequently associated. Nearly a third of those with a lifetime diagnosis of substance abuse also fulfill criteria for BPD. And over a lifetime 50 to 72 percent of BPD patients also abuse alcohol or other substances. Alcohol or drugs might reflect self-punishing, angry, or impulsive behaviors, a craving for excitement, or a mechanism of coping with loneliness.

Drug dependency may be a substitute for nurturing social relationships, a familiar, comforting way to stabilize or self-medicate fluctuating moods, or a way to establish some sense of belonging or self-identification. These possible explanations for the appeal of chemical abuse are also some of the defining criteria for BPD.

Tout comme l'individu borderline, la personne qui souffre d'un trouble de la personnalité antisociale montre de l'impulsivité, une faible tolérance à la frustration, et des relations manipulatrices. Quelqu'un·e souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale, cependant, ne ressent pas de sentiment de culpabilité ou de conscience ; iel est plus détaché·e et n'est pas volontairement autodestructeur·rice.

La personne souffrant d'un trouble de la personnalité histrionique partage certaines tendances du trouble de la personnalité borderline : quête de l'attention d'autrui, stratégie inconsciente d'amener l'autre à exprimer son affection, instabilité émotionnelle. La personne présentant un trouble de la personnalité histrionique, cependant, développe généralement des rôles et des relations plus stables. Elle est généralement plus démonstrative dans sa façon de parler et de se comporter et ses réactions émotionnelles sont exagérées. Elle est très préoccupée de son pouvoir de séduction physique. Une étude a comparé le fonctionnement psychologique et social de patient·e·s atteint·e·s du TPB, du trouble de la personnalité schizotypique, obsessionnelle compulsive, ou évitante et de patient·e·s avec une dépression sévère. Les patient·e·s présentant des troubles de la personnalité borderline ou schizotypique étaient bien plus en difficulté pour mener une vie normale que celles·eux qui présentaient d'autres troubles de la personnalité ou une dépression aigüe.

Le TPB et les addictions

Le TPB et les addictions sont généralement liés. Presque un tiers des patient·e·s ayant reçu un diagnostic chronique d'addiction rentrent également dans les critères du TPB. Et, tout au long de leur vie, 50 à 72% des patient·e·s souffrant d'un TPB abusent aussi d'alcool ou d'autres substances. L'alcool ou les drogues peuvent refléter l'autopunition, des comportements colériques ou impulsifs, un besoin irrépressible d'excitation, ou un mécanisme de gestion de la solitude.

La toxicomanie peut représenter un substitut à des relations sociales enrichissantes, une façon réconfortante et familière de stabiliser ou d'automédiquer des humeurs fluctuantes, ou un moyen d'établir une sorte d'appartenance ou d'autoidentification. Ces hypothèses d'explications pour l'attrait aux drogues font également partie des critères diagnostiques du TPB.

Anorexia/Bulimia and BPD

Anorexia nervosa and bulimia nervosa have become major health problems in this country, especially among young women. Eating disorders are fueled by a fundamental distaste for one's own body and a general disapproval of one's identity. The anorexic patient sees herself in absolute black-or-white extremes—as either obese (which she always feels) or thin (which she feels she never completely achieves).

Since she constantly feels out of control, she impulsively utilizes starvation or bingeing and purging to maintain an illusion of self-control. Patients with anorexia or bulimia are obviously engaged in self-damaging behavior. They usually have a distorted sense of identity and experience feelings of emptiness. The similarity of this pattern to the borderline pattern has led many mental health professionals to infer a strong connection between the two. In one study patients with either anorexia or bulimia endorsed feelings of unstable relationships, emptiness, suicidal behavior, and dissociative experiences. BPD symptoms of mood instability, impulsivity, and anger were more closely related to patients with bulimia than to patients with anorexia. Anorexic patients were comparatively more affected by a disturbed sense of identity. The prevalence of BPD in the binge eating/purging form of anorexia nervosa is 25 percent. BPD is present in 28 percent of those suffering with bulimia nervosa.

BPD and Compulsive Behaviors

Certain compulsive or destructive behaviors may reflect borderline patterns. For example, a compulsive gambler will continue to gamble despite a shortage of funds. He may be seeking a thrill from a world that habitually leaves him bored, restless, and numb. Or the gambling may be an expression of impulsive self-punishment. Shoplifters often steal items they do not need. Fifty percent of bulimic patients exhibit kleptomania, drug use, or promiscuity. When these behaviors are governed by compulsion, they may represent a need to feel or a need to self-inflict pain.

Promiscuity often reflects a need for constant love and attention from others, in order to hold on to positive feelings about oneself. The borderline individual typically lacks consistent positive self-regard and requires continuous reassurance. A borderline woman, lacking in self-esteem, may perceive her physical attractiveness as her only asset and may require confirmation of her worth by engaging in frequent sexual encounters.

L'anorexie, la boulimie et le TPB

L'anorexie mentale et la boulimie sont devenues des problèmes de santé majeurs aux États-Unis, surtout chez les jeunes femmes. Les troubles alimentaires sont nourris d'un dégoût fondamental envers son corps et une détestation de soi. Le·a patient·e anorexique a une perception de lui·d'elle-même dans les extrêmes – soit comme obèse (ce qu'il a toujours l'impression d'être) soit mince (ce qu'il pense ne jamais atteindre). Étant donné qu'il a l'impression de ne rien contrôler, iel utilise de façon impulsive le jeûne ou l'excès de nourriture puis la purge dans le but de maintenir une illusion d'autocontrôle. Les patient·e·s souffrant d'anorexie ou de boulimie sont, bien évidemment, pris·e·s dans un système autodestructeur. La similarité de ce schéma avec celui du trouble borderline a mené plusieurs professionnel·les de la santé à suggérer une connexion forte entre les deux. Dans une étude, les patient·e·s anorexiques ou boulimiques ont recensé des sentiments de relations instables, de vide, de comportement suicidaire, et d'expériences dissociatives. Les symptômes du TPB d'instabilité de l'humeur, d'impulsivité, et de colère étaient plus reliés aux patient·e·s boulimiques qu'aux patient·e·s anorexiques. Les patient·e·s anorexiques étaient sensiblement plus impacté·e·s par une image d'eux·elles-même perturbée. La prévalence du TPB dans l'anorexie vomitive est de 25%. Le TPB est présent chez 28% des patient·e·s souffrant de boulimie.

Le TPB et les comportements compulsifs

Certains comportements compulsifs ou destructeurs peuvent refléter des tendances borderline. Par exemple, un·e dépensier·ère compulsif·ve continuera de dépenser malgré un manque d'argent. Iel pourrait être en train de chercher des sensations fortes dans un monde qui l'ennuie, le·a fatigue et provoque chez lui·elle un sentiment de vide. Ou les jeux d'argent pourraient être une forme d'autopunition impulsive. Les kleptomanes volent souvent des objets dont iels n'ont pas besoin. 50% des patient·e·s boulimiques présentent de la kleptomanie, un usage de drogues, ou de la promiscuité. Quand ces comportements sont compulsifs, ils peuvent représenter un besoin de ressentir ou de s'auto-infliger de la douleur.

La promiscuité révèle souvent un besoin constant d'amour et d'attention des autres, pour pouvoir conserver une image positive de soi. L'individu borderline manque généralement d'un regard sur lui cohérent et positif, et demande une réassurance continue. Une femme borderline, qui manque d'estime de soi, peut percevoir son attirance physique comme son seul atout et peut rechercher la confirmation de sa valeur dans des relations sexuelles fréquentes.

Such involvements avoid the pain of being alone and create artificial relationships she can totally control. Feeling desired can instill a sense of identity. When self-punishment becomes a prominent part of the psychodynamics, humiliation and masochistic perversions may enter the relationships. From this perspective, it is logical to speculate that many prostitutes and pornographic actors and models may harbor borderline pathology.

Difficulties with relationships may result in private ritualistic thinking and behaviors, often expressed as obsessions or compulsion. A borderline patient may develop specific phobias as he employs magical thinking to deal with fears; sexual perversions may evolve as a mechanism to approach intimacy.

BPD and Autism Spectrum Disorder (ASD)

Individuals with ASD experience impairment in forming relationships. Behavior may be unpredictable, including sudden anger outbursts and impulsive self-harming actions. There may be difficulty tolerating separations or other changes. In contrast, BPD patients are more mood reactive to situational stimuli and more expressive; communication is more directed. BPD individuals are more able to respond (although often inappropriately) to environmental sources. ASD patients are more locked into internal stimuli.

Appeal of Cults

Because a person with BPD yearns for direction and acceptance, he may be attracted to strong leaders of disciplined groups. The cult can be very enticing, since it provides instant and unconditional acceptance, automatic intimacy, and a paternalistic leader who will be readily idealized. The borderline individual can be very vulnerable to such a black-and-white world view in which “evil” is personified by the outside world and “good” is encompassed within the cult group.

De telles relations évitent la douleur d'être seule et créent des relations artificielles qu'elle peut contrôler. Se sentir désiré·e peut amener à une forme d'identité. Quand l'autopunition devient une partie dominante des psychodynamiques, de l'humiliation et des perversions masochistes peuvent s'immiscer dans les relations. Selon cette perspective, il est logique de spéculer que beaucoup de prostitué·e·s et d'acteur·rice·s et mannequins pornographiques peuvent présenter une pathologie borderline.

Des difficultés dans les relations peuvent conduire à une ritualisation des pensées et des comportements, souvent exprimée par des obsessions et des compulsions. Un·e patient·e borderline peut développer des phobies spécifiques et utiliser les pensées magiques pour apaiser ses peurs. Des perversions sexuelles peuvent apparaître comme une façon d'approcher l'intimité.

Le TPB et le trouble du spectre autistique (TSA)

Les individus souffrant d'un TSA ressentent des difficultés à établir des relations. Leur comportement peut être imprédictible, notamment des explosions de colère soudaines et des actes d'automutilation impulsifs. Il peut y avoir une certaine difficulté dans le fait de tolérer des séparations ou d'autres changements. Au contraire, les patient·e·s souffrant d'un TPB sont plus réactif·ve·s au niveau de l'humeur à des stimuli situationnels et sont plus expressif·ve·s, la communication est plus dirigée. Les individus borderline sont plus à même de répondre (bien que souvent de façon inappropriée) à des sources environnementales. Les patient·e·s autistes sont plus enfermé·e·s dans des stimuli internes.

L'attrait des sectes

Puisqu'une personne avec un TPB aspire à un cadre et à de l'acceptation, elle peut être attirée par des leaders charismatiques de groupes disciplinés. La secte peut être très séduisante, étant donné qu'elle apporte une acceptation instantanée et inconditionnelle, une intimité qui va de soi, et un·e chef·fe paternaliste·maternaliste qui sera aussitôt idéalisé·e. L'individu borderline peut être très vulnérable à ce genre de vision du monde en noir et blanc dans laquelle le « mal » est personnifié par le monde extérieur et le « bien » est englobé au sein du groupe de la secte.

BPD and Suicide

As many as 70 percent of BPD patients attempt suicide, and the rate of completed suicide approaches 10 percent, almost a thousand times the rate seen in the general population. In the high-risk group of adolescents and young adults (ages fifteen to twenty-nine), BPD was diagnosed in a third of suicide cases. Hopelessness, impulsive aggressiveness, major depression, concurrent drug use, and a history of childhood abuse increase the risk. Among the defining borderline criteria in BPD patients, symptoms of identity disturbance, feelings of emptiness, and fears of abandonment are most closely associated with suicide attempts. Although anxiety symptoms are often associated with suicide in other illnesses, borderline patients who exhibit significant anxiousness are actually *less* likely to commit suicide. A large California study examined subsequent suicide mortality following presentation to an emergency department with deliberate self-harm or suicidal ideation. Within one year, compared to other patients who consulted the ED, suicide was over fifty times higher in patients who initially presented with self-harm and over thirty times higher in those who had appeared with suicidal thoughts.

Premature death not due to suicide is more than two and a half times more common in borderline patients than in comparison groups. The most common causes of these premature deaths include cardio-vascular disease (especially heart attacks), substance-related complications (such as liver disease), cancer, and accidents.

Le TPB et le suicide

Jusqu'à 70% des patient·e·s souffrant d'un TPB font une tentative de suicide, et le taux de suicide approche les 10%, presque mille fois plus que le taux observé dans la population générale. Dans le groupe à haut risque des adolescent·e·s et des jeunes adultes (entre 15 et 29 ans), le TPB a été diagnostiqué dans un tiers des cas de suicide. Le désespoir, l'agressivité impulsive, la dépression sévère, l'usage en parallèle de drogues, et un historique d'abus dans l'enfance augmentent le risque. Au sein des critères diagnostiques des patient·e·s avec un TPB, des symptômes de distorsion de l'identité, des sentiments de vide, et des peurs d'abandon sont les plus associés aux tentatives de suicide. Bien que les symptômes d'anxiété soient souvent associés au suicide dans d'autres maladies, les patient·e·s borderline qui présentent une anxiété significative sont en fait moins à risque de se suicider. Une vaste étude en Californie a étudié le taux de morts par suicide de personnes s'étant présentées aux urgences avec des actes d'automutilations volontaires ou des idées suicidaires. En un an, en comparaison avec d'autres patient·e·s s'étant rendus aux urgences, le suicide était 50 fois plus important chez les patient·e·s qui s'étaient initialement présenté·e·s avec des automutilations et plus de 30 fois plus élevé chez celles·eux qui s'étaient présenté·e·s avec des idées suicidaires.

Une mort prématurée non due au suicide est plus de deux fois et demi plus commune chez les patient·e·s borderline que chez les autres groupes étudiés. Les causes les plus courantes de ces morts prématurées incluent des maladies cardiovasculaires (surtout des crises cardiaques), des complications liées à l'usage de drogues ou d'alcool (comme une maladie hépatique), des cancers, et des accidents.

Chapter Three: Roots of the Borderline Syndrome

All happy families resemble one another; every unhappy family is unhappy in its own fashion.

—From *Anna Karenina*, by Leo Tolstoy

Growing up was not easy for Dixie Anderson. Her father was rarely at home and when he was, he didn't say much. For years, she didn't even know what he did for a living, just that he was gone all the time. Margaret, Dixie's mother, called him a "workaholic." Throughout her childhood, Dixie sensed that her mother was hiding something, though Dixie was never quite sure what it was.

But when Dixie turned eleven, things changed. She was an "early developer," as her mother put it, though Dixie really wasn't sure what that meant. All she knew was that her father was suddenly home more than he had ever been, and he was also more attentive. Dixie enjoyed the new attention and the new feeling of power she had over him when he was finished touching her. After he was done, he would do whatever she asked him.

About this same time, Dixie suddenly became more popular in the family's affluent suburban Chicago neighborhood. The kids began to offer her their secret stashes of pot and, a few years later, mushrooms and ecstasy.

Middle school was a drag. Halfway through a school day, she'd wind up fighting with some of the other kids, which did not rattle her at all: she was tough; she had friends and drugs; she was cool. Once she even punched her science teacher, whom she felt was a real jerk. He didn't take it well at all and went to the principal, who expelled her.

At age thirteen she saw her first psychiatrist, who diagnosed her as hyperactive and treated her with several medications that didn't make her feel anywhere near as good as weed.

Chapitre trois : Les racines du trouble borderline

Toutes les familles heureuses se ressemblent, mais chaque famille malheureuse l'est à sa façon.⁴

– De *Anna Karénine* de Léon Tolstoï

L'enfance de Dixie Anderson n'a pas toujours été facile. Son père était rarement à la maison et quand il y était, il ne disait pas grand-chose. Pendant des années, elle ne savait même pas quel était son travail, elle savait juste qu'il n'était jamais là. Margaret, la mère de Dixie, l'appelait un « workaholic ». Pendant son enfance, Dixie avait l'impression que sa mère cachait quelque chose, même si Dixie n'a jamais été vraiment sûre de ce dont il s'agissait.

Mais quand Dixie a eu onze ans, les choses ont changé. Elle était « précoce », comme le disait sa mère, même si Dixie n'était pas vraiment sûre de ce que cela voulait dire. Tout ce qu'elle savait c'était que son père était soudainement plus présent à la maison qu'il ne l'avait jamais été, et il était aussi plus attentif. Dixie appréciait la nouvelle attention qu'il lui portait et le nouveau sentiment de pouvoir qu'elle avait sur lui une fois qu'il avait terminé de la toucher. Quand il en avait fini avec elle, il faisait tout ce qu'elle voulait.

Vers la même époque, Dixie était aussi devenue plus populaire dans le quartier aisé de banlieue de la famille à Chicago. Les enfants commencèrent à lui offrir leurs réserves secrètes d'herbe et, quelques années plus tard, de champignons et d'ecstasy.

Le collège fut vraiment barbant. En plein milieu de la journée, elle finissait par se battre avec d'autres enfants, ce qui ne la dérangeait pas le moins du monde : c'était une dure à cuire ; elle avait des ami·e·s et de la drogue ; elle était cool. Une fois, elle donna même un coup de poing à son professeur de sciences, qui, selon elle, était un vrai con. Il ne le prit pas bien du tout et s'en alla trouver le principal, qui la renvoya.

À l'âge de 13 ans, elle vit son premier psychiatre, qui posa un diagnostic d'hyperactivité et lui prescrivit différents médicaments qui ne lui firent jamais se sentir aussi bien que la beuh.

⁴ Traduction de Henri Mongault, consultable sur le site *Sens critique* : https://www.senscritique.com/liste/toutes_les_familles_heureuses_se_ressemblent_mais_chaque_fam/236035.

She decided to run away. She packed an overnight bag, took a bus to the interstate, stuck out her thumb, and in a few minutes was on her way to Las Vegas.

The way Margaret saw it, no matter what she did, it always seemed to turn out the same with Dixie: her older daughter could not be pleased. Dixie had obviously inherited her dad's genes, always criticizing the way Margaret looked and the way she kept the house. Margaret had tried everything to lose weight—amphetamines, booze, even gastric stapling—yet nothing seemed to work. She'd always been fat, always would be.

She often wondered why Roger had married her. He was a handsome man; from the beginning she could not understand why he wanted her. After a while it was obvious he didn't want her: he simply stopped coming home at night.

Dixie was the one bright spot in Margaret's life. Her younger daughter, Julie, was already obese at age five and seemed a lost cause. But Margaret would do anything for Dixie. She clung to her daughter like a lifeline. But the more Margaret clung, the more Dixie resented it. She became more demanding, throwing tantrums and screaming about her mother's weight. The doctors could do nothing to help Margaret; they said she was manic-depressive and addicted to alcohol and amphetamines. The last time Margaret was in the hospital they gave her electroshock treatment. And now with Roger gone and Dixie always running away, the world was closing in.

After a few frantic months in Vegas, Dixie took off for Los Angeles, which was the same story as Vegas: she was promised cars and money and good times. Well, she had ridden in a lot of cars, but the good times were few and far between. Her friends were losers and sometimes she had to sleep with a guy to "borrow" a few bucks. Finally, with nothing but a few dollars in her jeans, she went back home.

Dixie arrived to find Roger gone and her mother in a thick fog of depression and drug-induced numbness. With all this bleakness at home, Dixie soon fell back into her alcohol and drug habits. At fifteen she had been hospitalized twice for chemical abuse and was treated by a number of therapists.

Elle décida de fuguer. Elle prépara un sac de voyage, prit un bus jusqu'à l'autoroute, sortit son pousse, et en quelques minutes, elle était en chemin vers Las Vegas.

Voilà comment Margaret percevait les choses : peu importe ce qu'elle faisait, cela finissait toujours de la même façon avec Dixie ; sa fille aînée n'était jamais satisfaite. Dixie avait manifestement hérité des gènes de son père, toujours en train de critiquer l'apparence de Margaret et la façon dont elle s'occupait de la maison. Margaret avait tout essayé pour perdre du poids – les amphétamines, l'alcool, même le by-pass – et pourtant rien n'avait l'air de marcher. Grosse un jour, grosse toujours.

Elle se demandait souvent pourquoi Roger l'avait épousée. C'était un bel homme. Dès le début elle n'avait pas compris pourquoi il la voulait elle. Au bout d'un certain temps, il était devenu évident qu'il ne voulait plus d'elle : il avait simplement cessé de rentrer à la maison le soir.

Dixie était le soleil dans la vie de Margaret. Sa plus jeune fille, Julie, était déjà obèse à cinq ans et avait l'air d'être un cas perdu. Mais Margaret aurait fait n'importe quoi pour Dixie. Elle s'attachait à sa fille comme à une bouée de sauvetage. Mais plus Margaret s'attachait, plus Dixie lui en voulait. Elle était devenue de plus en plus exigeante, à piquer des crises et crier à propos du poids de sa mère. Les médecins ne pouvaient rien faire pour aider Margaret : ils disaient qu'elle était maniaco-dépressive et accro à l'alcool et aux amphétamines. La dernière fois que Margaret alla à l'hôpital, ils la traitèrent par électrochocs. Et maintenant que Roger était parti et que Dixie était toujours en fugue, le monde se refermait sur lui-même.

Après quelques mois fous à Vegas, Dixie s'envola pour Los Angeles, où l'histoire de Vegas se répéta : on lui promit des voitures et de l'argent et des bons moments. Bon, elle était allée dans beaucoup de voitures, mais les bons moments furent peu nombreux et fort espacés. Ses ami·e·s étaient des raté·e·s et elle devait parfois coucher avec un gars pour « emprunter » un peu d'argent. Finalement, avec seulement quelques euros dans sa poche, elle rentra à la maison.

Dixie fut accueillie par l'absence de son père et par sa mère dépressive et sous l'influence de drogues. Avec toute cette morosité à la maison, il ne fallut pas longtemps avant que Dixie retombe dans ses habitudes de consommation d'alcool et de drogues. À 15 ans, elle fut hospitalisée deux fois pour abus de substances et vue par pas mal de thérapeutes.

At sixteen, she became pregnant by a man she had met only a few weeks before. She married him soon after the pregnancy tests.

Seven months later, when Kim was born, the marriage began to fall apart. Dixie's husband was a weak and passive oaf who could not get his own life together, much less provide a solid home environment for their child.

By the time the baby was six months old, the marriage was over, and Dixie and Kim moved in with Margaret. It was then that Dixie became obsessed with her weight. She would go entire days without eating, and then eat frantically and voluminously only to vomit it all up in the toilet. What she couldn't get rid of by vomiting she eliminated in other ways: she ate squares of Ex-Lax as if they were candy. She exercised until sweat drenched her clothes and she was too exhausted to move. The pounds dropped off—but her health suffered and her mood worsened. Her periods stopped; her energy waned; her capacity to concentrate weakened. She became very depressed about her life, and for the first time, suicide seemed like a real alternative.

Initially she felt safe and comfortable when she was readmitted to the hospital, but soon her old self returned. By the fourth day, she was trying to seduce her doctor; when he didn't respond, she threatened him with all sorts of retaliation. She demanded extra privileges and special attention from the nurses and refused to participate in unit activities.

As abruptly as she had gone into the hospital, she pronounced herself cured and demanded discharge, just days after admission. Over the next year, she would be readmitted to the hospital several times. She would also see several psychotherapists, none of whom seemed to understand or know how to treat her dramatic mood shifts, her depression, her loneliness, her impulsiveness with men and drugs. She began to doubt that she could ever be happy.

It wasn't long before Margaret and Dixie were again fighting and screaming at each other. For Margaret it was like seeing herself growing up all over again and making the same mistakes. She couldn't bear to watch it any longer.

À 16 ans, elle tomba enceinte d'un homme qu'elle avait rencontré seulement quelques semaines auparavant. Elle l'épousa peu après les tests de grossesse.

Sept mois plus tard, à la naissance de Kim, leur mariage commença à s'essouffler. Le mari de Dixie était un lourdaud faible et passif qui n'était pas foutu de reprendre sa vie en main, et encore moins d'offrir un environnement familial stable pour leur enfant.

Le bébé n'avait pas six mois que leur mariage fut terminé, et que Dixie et Kim emménagèrent chez Margaret. C'est à ce moment-là que Dixie devint obsédée par son poids. Elle passait des jours entiers sans manger, pour ensuite avaler frénétiquement des quantités de nourriture astronomiques et finir par les vomir complètement dans les toilettes. Ce qu'elle ne pouvait pas éliminer en vomissant, elle l'éliminait d'autres façons : elle prenait des laxatifs comme s'il s'agissait de bonbons. Elle faisait du sport jusqu'à ce que ses vêtements soient trempés de sueur et qu'elle soit trop épuisée pour bouger. Les kilos s'envolèrent – mais sa santé en prit un coup et son état d'esprit se dégrada. Ses menstruations s'arrêtèrent, son énergie diminua, sa capacité de concentration s'affaiblit. Elle tomba en dépression et, pour la première fois, elle envisagea le suicide comme une vraie alternative.

Au début, elle se sentit en sécurité et à l'aise quand elle fut réadmise à l'hôpital, mais très vite sa vraie nature réapparut. Dès le quatrième jour, elle essayait de séduire son médecin ; quand il ne répondait pas à ses avances, elle le menaçait de toutes sortes de représailles. Elle exigeait des privilèges supplémentaires et une attention particulière des infirmier·ère·s, et elle refusait de participer aux activités du service.

Aussi brusquement qu'elle rentra à l'hôpital, elle se déclara guérie et demanda à sortir, seulement quelques jours après son admission. Durant l'année qui suivit, elle serait réadmise plusieurs fois à l'hôpital. Elle verrait également plusieurs psychothérapeutes, dont aucun·e n'eut l'air de comprendre ou de savoir comment traiter ses sautes d'humeur extrêmes, sa dépression, sa solitude, ou encore son impulsivité avec les hommes et les drogues. Elle commença à douter de la possibilité d'être heureuse un jour.

Il ne fallut pas longtemps avant que Margaret et Dixie se disputent à nouveau et se crient dessus. Margaret avait l'impression de se revoir grandir et faire les mêmes erreurs. Elle ne pouvait pas supporter d'en être témoin plus longtemps.

Margaret's father had been just like Roger, a lonely, unhappy man who had little to do with his family. Her mother ran the family much like Margaret ran hers. And just as Margaret clung to Dixie, so had her mother clung to Margaret, trying desperately to mold her every step of the way. Margaret was fed her mother's ideas and feelings—and enough food for a battalion. By the age of sixteen, she was grossly obese and taking large amounts of amphetamines prescribed by the family doctor to suppress her appetite. By the age of twenty, she was drinking alcohol and taking Fiorinal to bring her down from the amphetamines.

Margaret was never able to please her mother even as the constant struggle for control between them raged on. Nor could Margaret please her own daughter or husband. She had never been able to make anyone happy, she realized, not even herself. Yet she persisted in trying to please people who would not be pleased.

Now, with Roger gone and Dixie so sick, Margaret's life seemed to be falling apart. Dixie finally told her mother how Roger had sexually abused her. And before Roger left, he had bragged all about his women. Despite everything, Margaret still missed him. He was alone, she knew, just like she was.

It was time, Dixie recognized, to do something about the plight of this self-destructive family. Or at least herself anyway. A job would be the first priority, something to combat the relentless boredom. But she was nineteen years old with a two-year-old child and no husband, and she still hadn't graduated from high school.

With characteristic compulsiveness, she flung herself into a high school equivalency program and received her diploma in a matter of months. Within days of obtaining her diploma, she was applying for loans and grants to attend college.

Margaret had begun to take care of Kim, and in many ways the arrangement looked like it might work: raising Kim gave Margaret some meaning in her life, Kim had built-in child care, and Dixie had time for her new mission in life. But soon the system showed cracks: Margaret sometimes got too drunk or depressed to be of any help. When this happened, Dixie had a simple solution: she would threaten to take Kim away from Margaret.

Le père de Margaret était juste comme Roger, un homme seul et malheureux, qui n'avait rien à voir avec sa famille. Sa mère dirigeait la famille tout comme Margaret le faisait avec la sienne. Et de la même façon que Margaret se raccrochait à Dixie, sa mère se raccrochait aussi à Margaret, en essayant désespérément de la modeler comme elle le pouvait. Margaret était nourrie des idées et sentiments de sa mère – et d'assez de nourriture pour un bataillon. À ses 16 ans, elle était gravement obèse et prenait de grandes quantités d'amphétamines prescrites par le médecin de famille dans le but de lui couper l'appétit. À 20 ans, elle buvait de l'alcool et prenait du Fiorinal pour diminuer l'effet des amphétamines.

Margaret ne fut jamais capable de satisfaire sa mère, même lorsque la recherche constante de contrôle entre elles était à son apogée. Tout comme Margaret ne satisfait jamais sa propre fille ou son mari. Elle n'avait jamais réussi à rendre personne heureux, elle s'en rendait compte ; pas même elle-même. Mais elle persistait à essayer de satisfaire des gens qui ne le seraient jamais.

Maintenant que Roger était parti et que Dixie était si malade, la vie de Margaret avait l'air de s'effondrer. Dixie finit par avouer à sa mère que Roger l'avait agressée sexuellement. Et avant que Roger ne parte, il se vanta de toutes les maîtresses qu'il avait eues. Malgré tout cela, il manquait quand même à Margaret. Il était seul, elle le savait, tout comme elle l'était.

Il était temps, Dixie s'en rendit compte, de faire quelque chose à propos du sort de cette famille autodestructrice. Ou, du moins, de son sort à elle, dans tous les cas. La priorité serait de trouver un travail, quelque chose pour combattre l'ennui incessant. Mais elle avait 19 ans, une enfant de deux ans et pas de mari, et elle n'avait toujours pas son baccalauréat.

Avec son impulsivité habituelle, elle se jeta dans un programme de remise à niveau et obtint son diplôme en l'espace de quelques mois. Dans les jours qui suivirent, elle postulait déjà pour des prêts et des bourses pour aller à l'université.

Margaret commença à s'occuper de Kim, et de plusieurs façons, l'arrangement eut l'air de pouvoir fonctionner : élever Kim donnait une sorte de sens à sa vie, Kim était gardée à domicile, et Dixie avait du temps pour sa nouvelle mission de vie. Mais, rapidement, le système montra des failles : Margaret était parfois trop saoule ou dépressive pour être d'une aide quelconque. Quand cela arrivait, Dixie avait une solution simple : elle menaçait d'enlever Kim à Margaret.

Both the grandmother and granddaughter obviously needed each other desperately, so Dixie was able to totally control the household.

Through it all, Dixie still managed to find time for men, though her frequent liaisons were usually of short duration. She seemed to follow a pattern: whenever a man started to care for her, she became bored. Distant, older men—unavailable doctors, married acquaintances, professors—were her usual type, but she would drop them the instant they responded to her flirtations. The young men she did date were all members of a church that was strictly opposed to premarital sex.

Dixie avoided women and had no female friends. She thought women were weak and uninteresting. Men, at least, had some substance. They were fools if they responded to her flirtations and hypocrites if they did not.

As time went on, the more Dixie succeeded in her studies, the more frightened she became. She could pursue a particular interest—school, a certain man—relentlessly, almost obsessively, but each success spurred ever higher, and more unrealistic, demands. Despite good grades, she would explode in rage and threaten to kill herself when she performed below her expectations on an exam.

At times like these, her mother would try to console her, but Margaret was also becoming preoccupied with suicide, and the roles were often reversed. Mother and daughter were again shuffling in and out of the hospital trying to overcome depression and chemical abuse.

Like her mother and her grandmother, Kim didn't know her father very well. Sometimes he came to visit; sometimes she went to the house that he shared with his mother. He always seemed awkward around her.

With her mother detached and her grandmother ineffectual or preoccupied with her own problems, Kim had taken control of the household by the time she was four. She ignored Dixie, who responded by ignoring her. If Kim threw a tantrum, Margaret would cave in to her wishes.

Il était évident qu'autant la grand-mère que la petite-fille avaient désespérément besoin l'une de l'autre, ce qui permit à Dixie de contrôler complètement la maison.

Dans tout cela, Dixie arrivait quand même à trouver du temps pour les hommes, même si ses liaisons fréquentes étaient souvent de courte durée. Elle semblait suivre un schéma récurrent : dès qu'un homme commençait à lui donner de l'affection, elle s'en lassait. Les hommes plus vieux et distants – les médecins indisponibles, les connaissances mariées, les professeurs – étaient son style de référence, mais elle les abandonnait dès qu'ils répondaient à ses avances. Les jeunes hommes avec qui elle flirtait faisaient tous partie d'une église strictement opposée au sexe prémarital.

Dixie évitait les femmes et n'avait aucune amie. Elle trouvait les femmes faibles et inintéressantes. Les hommes, au moins, avaient une certaine étoffe. C'était des imbéciles s'ils répondaient à ses avances et des hypocrites s'ils ne le faisaient pas.

Plus le temps passait, plus Dixie réussissait ses études, et plus elle prenait peur. Bien qu'elle puisse poursuivre un intérêt particulier – l'école, un homme – désespérément, presque obsessivement, chaque succès engendrait des exigences de plus en plus élevées et irréalistes. Malgré ses bons résultats, elle explosait de rage et menaçait de se suicider quand elle n'avait pas les notes qu'elle espérait à un examen.

Dans ce genre de moments, sa mère essayait de la consoler, mais Margaret commença aussi à penser au suicide, et les rôles s'inversèrent souvent. Mère et fille étaient à nouveau en train de faire des aller-retours à l'hôpital pour essayer de guérir de leur dépression et de leurs addictions.

Tout comme sa mère et sa grand-mère, Kim ne connaissait pas très bien son père. Il venait parfois lui rendre visite, elle allait parfois dans la maison qu'il partageait avec sa mère. Il avait toujours l'air mal à l'aise en sa présence.

Avec une mère détachée et une grand-mère inefficace ou préoccupée par ses propres problèmes, Kim prit le contrôle de la maison dès l'âge de quatre ans. Elle ignorait Dixie, qui l'ignorait en retour. Si Kim faisait un caprice, Margaret flanchait et acceptait ses demandes.

The household was in an almost constant state of chaos. Sometimes both Margaret and Dixie would be in the hospital at the same time—Margaret for her drinking, Dixie for her bulimia. Kim would then go to her father’s house, although he was unable to care for her and would have his own mother tend to her.

On the surface, Kim seemed oddly mature for a six-year-old, despite the chaos around her. To her, other kids were “just kids,” without her experience. She didn’t think her particular type of maturity was unusual at all: she had seen old photographs of her mother and her grandmother when they were her age, and in the snapshots they all had the same look.

Across Generations

In many respects, the Andersons’ saga is typical of borderline cases: the factors contributing to the borderline syndrome often transcend generations. The genealogy of BPD is often rife with deep and long-lasting problems, including suicide, incest, drug abuse, violence, losses, and loneliness.

It has been observed that borderline people often have borderline mothers, who in turn have borderline mothers. This hereditary predisposition to BPD prompts a number of questions, such as: How do borderline traits develop? How are they passed down through families? Are they, indeed, passed down at all?

In examining the roots of this illness, these questions resurrect the traditional “nature versus nurture” (or *temperament* versus *character*) quandary. The two major theories on the causes of BPD—one emphasizing developmental (psychological) roots, the other constitutional (biological and genetic) origins—reflect the dilemma. Studies indicate that approximately 42 to 55 percent of BPD features are thought to be attributable to genetic influences, the rest derived from environmental experiences.

In addition to interpersonal stressors and ordeals, environmental influences include sociocultural factors, such as our fast-paced, fragmented societal structure, destruction of the nuclear family, increased divorce rates, increased reliance on nonparental day care, greater geographical mobility, and changing patterns of gender roles (see chapter 4).

La maison était pratiquement toujours dans un état de chaos. Parfois, Margaret et Dixie étaient toutes les deux à l'hôpital en même temps – Margaret pour son alcoolisme, Dixie pour sa boulimie. Kim allait donc dans la maison de son père, même s'il était incapable de s'occuper d'elle et demandait de l'aide à sa propre mère.

En apparence, Kim avait l'air étrangement mature pour une enfant de six ans, malgré le chaos autour d'elle. Pour elle, les autres enfants n'étaient « que des enfants », sans son expérience à elle. Elle ne pensait pas du tout être plus mature que les autres : elle avait vu des vieilles photos de sa mère et sa grand-mère à son âge, et elles avaient toutes le même regard sur les photos.

D'une génération à l'autre

À bien des égards, la saga des Andersons est typique des cas borderline : les facteurs contribuant au trouble borderline transcendent les générations. La généalogie du TPB est souvent remplie de problèmes profonds et de longue durée dont le suicide, l'inceste, l'abus de drogues, la violence, les deuils, et la solitude.

Il a été observé que les personnes borderline ont souvent des mères borderline qui, à leur tour, ont des mères borderline. Cette prédisposition héréditaire au TPB soulève un certain nombre de questions : « Comment se développent les traits de la personnalité borderline ? Comment se transmettent-ils à travers une famille ? Sont-ils, de fait, au moins partiellement héréditaires ? »

En examinant les racines de la maladie, ces questions ravivent le dilemme traditionnel de « l'acquis et de l'inné » (ou « tempérament versus caractère »). Les deux théories principales quant aux causes du TPB – l'une mettant l'accent sur les racines développementales (psychologiques), l'autre sur les origines organiques (biologiques et génétiques) – reflètent ce dilemme. Les études indiquent qu'approximativement 42 à 55% de caractéristiques du TPB seraient attribuables à des influences génétiques, le reste provenant d'expériences environnementales.

En plus des sources de stress et épreuves interpersonnelles, les influences environnementales incluent des facteurs socioculturels, tels que notre structure sociétale fracturée et accélérée, la destruction du noyau familial, les taux de divorce croissants, le recours accru à des modes de garde extra, une plus grande mobilité géographique, et les modifications des rôles de genre (voir chapitre 4).

Though empirical research on these environmental elements is limited, some professionals speculate that these factors would tend to increase the prevalence of BPD.

The available evidence points to no one definitive cause—or even type of cause—of BPD. Rather, genetic, developmental, neurobiological, and social factors all contribute to the development of the illness.

Genetic and Neurobiological Roots: The “Nature” Aspects

Family studies suggest that first-degree relatives of borderline patients are several times more likely to show signs of a personality disorder, especially BPD, than the general public.

These close family members are also significantly more likely to exhibit mood, impulse, and substance abuse disorders. In family studies focusing on components of the four major sectors that define BPD (mood, interpersonal, behavioral, cognitive), a single genetic pathway accounted for convergence of these symptoms in family members. One study found that a family member of someone with BPD is almost four times more likely to develop BPD than a nonrelative. Another study of twins examining all nine BPD criteria also concluded that most genetic effects on BPD criteria derive from one heritable general BPD factor. In this research, impulsivity levels in BPD patients appeared to be more highly heritable. In contrast, interpersonal and self-image features were less connected among family members, suggesting these symptoms were more likely influenced by life experiences and were less genetically determined. Some have suggested that a sector on chromosome 9, which encompasses many genes, may be associated with BPD.

It is unlikely that one single gene completely determines BPD; instead, like most medical disorders, many chromosomal loci are involved, some activated or subdued—probably influenced by environmental factors—in the development of what we label BPD. Genes that are determined at birth can also be altered through a process known as epigenetics.

Bien que la recherche empirique sur ces éléments environnementaux soit limitée, certains professionnels spéculent que ces facteurs auraient tendance à augmenter la présence du TPB.

La recherche suggère que le TPB n'aurait pas une seule cause décisive – ni même un type de cause. Il s'agirait plutôt d'une combinaison de facteurs génétiques, développementaux, neurobiologiques et sociaux.

Les racines génétiques et neurobiologiques : les aspects « innés »

Les études familiales suggèrent que la famille au premier degré de patients borderline est plus sujette à présenter des signes d'un trouble de la personnalité, surtout le TPB, que le reste de la population.

Ces membres de la famille proche sont également plus à risque de développer des troubles de l'humeur, d'impulsivité, ou d'addiction. Dans les études de famille se centrant sur les éléments des quatre secteurs majeurs qui définissent le TPB (l'humeur, l'interpersonnel, le comportemental, le cognitif), une seule branche génétique a expliqué la convergence de ces symptômes au sein des membres de la famille. Une étude a démontré qu'un membre de la famille d'une personne borderline a presque quatre fois plus de chances de développer un TPB que quelqu'un·e qui ne lui est pas lié·e par le sang. Une autre étude sur des jumeaux·elles examinant les neuf critères diagnostiques a aussi conclu que la plupart des effets génétiques sur les critères du TPB proviennent d'un facteur général héréditaire. Dans cette étude, les niveaux d'impulsivité des patient·e·s avec un TPB sont apparus comme étant plus héréditaires. Au contraire, les caractéristiques interpersonnelles et l'image de soi étaient moins similaires au sein des membres d'une même famille, suggérant que ces symptômes étaient plus probablement influencés par des expériences de vie et moins déterminés génétiquement. Certain·e·s ont avancé qu'une zone sur le chromosome 9, qui regroupe de nombreux gènes, serait peut-être associée au TPB.

Il est peu probable qu'un seul et unique gène provoque le TPB. Comme dans la plupart des troubles médicaux, plusieurs zones chromosomiques sont impliquées, certaines activées ou dormantes – probablement influencées par des facteurs environnementaux – dans le développement de ce que nous appelons le TPB. Des gènes qui sont déterminés à la naissance peuvent aussi être altérés selon un procédé dit épigénétique.

Stress or trauma, such as PTSD, can result in DNA methylation, a process that is far beyond the scope of this book; suffice to say here that it is a mechanism that turns a gene on or off. Biological and anatomical correlations with BPD have been demonstrated.

In our book *Sometimes I Act Crazy*, we discuss in more detail how specific genes affect neurotransmitters (brain hormones, which relay messages between brain cells). Dysfunction in some of these neurotransmitters, such as serotonin, norepinephrine, dopamine, glutamate, and others, are associated with impulsivity, mood disorders, dissociation, and other characteristics of BPD. These neurotransmitters also affect the balance of glucose, adrenaline, and steroid production in the body. Oxytocin, sometimes dubbed the “love hormone”, for its association with maternal bonding, increased socialization, and decreased anxiety, may be dysregulated by BPD. Studies have demonstrated paradoxical reactions to this neuropeptide in the BPD population. Disrupted secretion of cortisol, a key substance related to stress response through the endocrine system, is observed in BPD patients. Some of the genes affecting these neurobiological substances have been associated with several psychiatric illnesses. However, studies with variable results demonstrate that *multiple* genes (intersecting with environmental stressors) contribute to the expression of most medical and psychiatric disorders.

In BPD, frequent abuse of food, alcohol, and other drugs—typically interpreted as self-destructive behavior—may also be seen as an attempt to self-medicate inner emotional turmoil. Borderline patients frequently report the calming effects of self-mutilation; rather than feeling pain, they experience soothing relief or distraction from internal psychological pain. Self-mutilation, like any other physical trauma or stress, may result in the release of endorphins—the body’s natural narcotic-like substances that provide relief during childbirth, physical traumas, long-distance running, and other physically stressful activities. BPD patients exhibit alterations in the body’s endogenous opioid system that affects not only pain perception but also soothing, pleasurable feelings.

Le stress ou les traumatismes, comme le 'TSPT' (trouble de stress post-traumatique), peuvent causer la méthylation de l'ADN, un processus qui dépasse le cadre de cet ouvrage ; il suffit de dire ici qu'il s'agit d'un mécanisme qui active ou désactive un gène. Des corrélations biologiques et anatomiques avec le TPB ont été démontrées. Dans notre livre *Sometimes I Act Crazy [Parfois j'ai l'air fou·lle]*, nous parlons plus en profondeur de la façon dont certains gènes spécifiques affectent les neurotransmetteurs (des hormones cérébrales, qui transmettent les messages à travers les cellules du cerveau). Le dysfonctionnement de certains de ces neurotransmetteurs, tels que la sérotonine, la noradrénaline ou norépinéphrine, la dopamine, le glutamate et d'autres, sont associés à l'impulsivité, aux troubles de l'humeur, à la dissociation, ainsi qu'à d'autres traits caractéristiques du TPB. Ces neurotransmetteurs affectent aussi l'équilibre de production du glucose, de l'adrénaline et des stéroïdes dans le corps. L'ocytocine, parfois surnommée « l'hormone de l'amour », en raison de son association avec la création du lien maternel, une socialisation plus accrue, et moins d'anxiété, peut être dérégulée par le TPB. Des études ont démontré des réactions paradoxales à ce neuropeptide au sein de la population atteinte du trouble borderline. On observe chez les patient·e·s borderline une sécrétion perturbée du cortisol, une substance clé liée à la réponse au stress au sein du système endocrinien. Certains des gènes touchant ces substances neurobiologiques ont été associés à diverses maladies psychiatriques.

Cependant, des études aux résultats variables démontrent que *plusieurs* gènes (additionnés à des facteurs de stress environnementaux) contribuent à l'expression de la plupart des troubles médicaux et psychiatriques.

Dans le TPB, les abus fréquents de nourriture, d'alcool, et d'autres drogues – généralement interprétés comme des comportements autodestructeurs – peuvent aussi être vus comme une tentative d'automédication pour calmer l'agitation émotionnelle interne. Les patient·e·s borderline mettent souvent en avant les effets apaisants de l'automutilation ; plutôt que la douleur qu'elle procure, iels ressentent un soulagement, ou du moins une distraction apaisante par rapport à leur souffrance psychologique. L'automutilation, comme tout traumatisme ou stress physique, peut conduire à la libération d'endorphines – les substances naturelles du corps dont l'effet s'apparente à celui des narcotiques, qui provoquent un soulagement durant l'accouchement, les traumatismes physiques, les courses de longue durée, et d'autres activités physiques intenses. Les patient·e·s souffrant d'un TPB montrent des altérations du système opioïde endogène du corps qui n'affecte pas seulement la perception de la douleur mais aussi les sentiments d'apaisement et de plaisir.

Changes in brain metabolism and morphology (or structure) are also associated with BPD. Borderline patients express hyper activity in the part of the brain associated with anger, fear, emotionality, and impulsivity (limbic areas, especially the amygdala), and decreased activity in the section that controls rational thought and regulation of emotions (the prefrontal cortex). (Similar imbalances are observed in patients suffering from depression and anxiety.) Additionally, volume changes in these parts of the brain are also associated with BPD and are correlated with these physiological changes.

In response to external injury or internal stress, the immune system stimulates a cascade of biological interactions resulting in inflammation. This stimulates pro- and anti-inflammatory factors that can be measured in the blood. Inflammatory processes have been associated with several major psychiatric disorders, including major depression, bipolar disorder, schizophrenia, PTSD, obsessive-compulsive disorder, and others. It would not be surprising if some of the features of BPD (anger, impulsivity, etc.) were associated with this kind of autoimmune dysfunction.

These alterations in the brain may be related to brain injury or disease. A significant percentage of borderline patients have a history of brain trauma, encephalitis, epilepsy, learning disabilities, ADHD, and maternal pregnancy complications. These abnormalities are reflected in brain wave (EEG, or electroencephalogram) irregularities, metabolic dysfunction, and reductions in white and gray matter volume.

Since failure to achieve healthy parent-child attachment may result in later character pathology, cognitive impairment on the part of the child and/or the parent may hinder the relationship. As the latest research strongly suggests that BPD is partly inherited, parent and child may both experience dysfunction in cognitive and/or emotional connection. A poor communication fit may perpetuate the insecurities and impulse and affective defects that result in BPD.

Des modifications du métabolisme et de la structure du cerveau sont aussi associés au TPB. Les patient·e·s borderline présentent une hyperactivité dans la partie du cerveau associée à la colère, la peur, les émotions, et l'impulsivité (le système limbique, particulièrement l'amygdale), et une réduction de l'activité dans la zone qui contrôle la pensée rationnelle et la régulation des émotions (le cortex préfrontal). (Des dérégulations similaires sont observées chez les patient·e·s souffrant de dépression et d'anxiété). De plus, des changements de volume dans ces parties du cerveau sont aussi associées au TPB et sont corrélées à ces changements physiologiques.

En réponse à une blessure externe ou un stress interne, le système immunitaire stimule une avalanche d'interactions biologiques produisant une inflammation. Cela stimule des facteurs pro- et anti-inflammatoires qui peuvent être mesurés dans le sang. Des processus inflammatoires ont été associés à plusieurs troubles psychiatriques majeurs, comme la dépression sévère, le trouble bipolaire, la schizophrénie, le TSPT, le trouble obsessionnel compulsif, et d'autres. Il ne serait pas surprenant que certains critères du TPB (la colère, l'impulsivité, etc.) soient associés à ce genre de dysfonction auto-immune.

Ces altérations du cerveau pourraient être liées à une blessure ou à une maladie. Un pourcentage important des patient·e·s borderline présente des antécédents de traumatisme crânien, d'encéphalite, d'épilepsie, de troubles de l'apprentissage, de TDAH, et de complications lors de la grossesse. Ces anomalies s'observent dans les irrégularités des ondes cérébrales (EEG, ou électroencéphalogramme), dans la dysfonction métabolique, et dans les réductions du volume de matière blanche et grise.

Étant donné que l'absence d'un attachement sain entre le parent et l'enfant peut engendrer un trouble de la personnalité, les déficiences cognitives du côté de l'enfant et/ou du parent peut entraver la relation. Comme les dernières études suggèrent fortement que le TPB est partiellement héréditaire, il se peut que le parent et l'enfant souffrent tou·te·s deux d'un dysfonctionnement du lien cognitif et/ou émotionnel. Une mauvaise communication peut perpétuer les insécurités, les impulsivités et les manques affectifs qui sont à l'origine du TPB.

Developmental Roots: The Nurture Aspects

Developmental theories on the causes of BPD focus on the delicate interactions between child and caregivers, especially during the first few years of life. The ages between eighteen and thirty months, when the child begins the struggle to gain autonomy, are particularly crucial. Some parents actively resist the child's progression toward separation and insist instead on a controlled, exclusive, often suffocating symbiosis. At the other extreme, other parents offer only erratic parenting or are absent during much of the child-raising period and so fail to provide sufficient attention to, and validation for, the child's feelings and experiences. Either extreme of parental behavior—behavioral over-control and/or emotional under-involvement—can result in the child's failure to develop a positive, stable sense of self and may lead to a constant intense need for attachment and chronic fears of abandonment.

In many cases the broken parent-child relationship takes the more severe form of early parental loss or prolonged traumatic separation, or both. As with Dixie, many borderline children have an absent or psychologically disturbed father. Primary mother figures (who may sometimes be the father) tend to be erratic and depressed and have significant psychopathology themselves, often BPD. The borderline family background is frequently marked by incest, violence, and/or alcoholism. Many cases show an ongoing hostile or combative relationship between mother and pre-borderline child.

Object Relations Theory and Separation-Individuation in Infancy and Childhood

Object relations theory, a model of infant development, emphasizes the significance of the child's interactions with his environment, as opposed to internal psychic instincts and biological drives unconnected to sensations outside himself. According to this theory, the child's relationships with "objects" (people and things) in his environment determines his later functioning. A major result is the child's failure to feel connected, or "attached."

Les racines développementales : les aspects acquis

Les théories relatives aux causes développementales du TPB se concentrent sur les interactions sensibles entre l'enfant et ses tuteur·rice·s, plus particulièrement au cours des premières années de sa vie. Le laps de temps entre ses 18 et 30 mois, quand l'enfant entame le long processus de l'acquisition d'autonomie, est particulièrement crucial. Certains parents résistent activement à cette progression de l'enfant vers la séparation et privilégient au contraire une symbiose contrôlée, exclusive, souvent étouffante. À l'autre extrême, d'autres parents n'offrent qu'une éducation occasionnelle ou sont absents pendant une grande partie de la période de croissance de l'enfant et ne réussissent donc pas à apporter assez d'attention et de validation aux sentiments et aux expériences de l'enfant. Chaque extrême du comportement parental – un surcontrôle comportemental et/ou un sous-investissement émotionnel – peut empêcher l'enfant de développer une image de soi positive et stable, et peut conduire à un besoin intense et constant d'attachement, ainsi qu'à une peur de l'abandon chronique.

Dans de nombreux cas, la relation parent-enfant endommagée s'apparente à une forme plus sévère de perte parentale précoce ou à une séparation prolongée et traumatique, voire aux deux. Comme Dixie, beaucoup d'enfants borderline ont un parent absent ou dérangé psychologiquement. Les figures maternelles primaires (qui peuvent parfois être le père) ont tendance à être instables et dépressives et présentent elles-mêmes des psychopathologies importantes, souvent le TPB. Les antécédents familiaux de la personne borderline sont souvent marqués par de l'inceste, de la violence, et/ou de l'alcoolisme. De nombreux cas mettent en évidence une relation conflictuelle continue entre la mère et l'enfant pré-borderline.

La théorie de la relation d'objet et la phase de séparation/individualisation dans la petite-enfance et l'enfance

La théorie de la relation d'objet, un modèle du développement du nourrisson, met l'accent sur l'importance des interactions de l'enfant avec son environnement, en opposition aux instincts psychiques internes et aux pulsions biologiques sans lien avec les sensations extérieures. Selon cette théorie, les relations qu'entretient l'enfant avec les « objets » (les personnes et les choses) dans son environnement détermine son fonctionnement futur. Une conséquence majeure est l'incapacité de l'enfant à se sentir connecté·e, ou « attaché·e ».

The primary object relations model for the early phases of infant development was created by Margaret Mahler and colleagues. They postulated that the infant's first one to two months of life were characterized by an obliviousness to everything except himself (the *autistic phase*). During the next four or five months, designated the *ymbiotic phase*, he begins to recognize others in his universe, not as separate beings, but as extensions of himself.

In the following *separation-individuation period*, extending through ages two to three years, the child begins to separate and disengage from the primary caregiver and begins to establish a separate sense of self. Mahler and others consider the child's ability to navigate through this phase of development successfully to be crucial for later mental health.

During the entire separation-individuation period, the developing child begins to sketch out boundaries between self and others, a task complicated by two central conflicts—the desire for autonomy versus closeness and dependency needs, and fear of engulfment versus fear of abandonment.

A further complicating factor during this time is that the developing infant tends to perceive each individual in the environment as two separate personae. For example, when mother is comforting and sensitive, she is seen as “all-good.” When she is unavailable or unable to comfort and soothe, she is perceived as a separate “all-bad” mother.

When she leaves his sight, the infant perceives her as annihilated, gone forever, and cries for her return to relieve the despair and panic. As the child develops, this normal “splitting” is replaced by a healthier integration of mother's good and bad traits, and separation anxiety is replaced by the knowledge that mother exists even when she is not physically present and will in time return—a phenomenon commonly known as *object constancy* (see below). Prevailing over these developmental milestones is the child's developing brain, which can sabotage normal adaptation.

Mahler divides separation-individuation into four overlapping subphases.

Le modèle principal de relation d'objet relatif aux premières phases du développement du nourrisson a été créé par Margaret Mahler et ses collègues. Ils ont avancé que les deux premiers mois de la vie du bébé étaient caractérisés par une ignorance totale de tout sauf de lui·d'elle-même (la *phase autistique*). Pendant les quatre à cinq mois suivants, appelés la *phase de symbiose*, iel commence à reconnaître les autres comme faisant partie de son univers, non pas en tant qu'êtres distincts, mais en tant qu'extensions de lui·d'elle-même.

Au cours de la période suivante de *séparation/individuation*, entre ses deux à trois ans, l'enfant commence un processus de séparation en se dissociant de son·a tuteur·rice principal : il commence à concevoir son identité comme distincte. Mahler et d'autres considèrent la capacité de l'enfant de mener à bien cette phase comme cruciale pour sa santé mentale future.

Pendant toute la période de séparation/individuation, l'enfant commence à tracer les limites entre lui·elle et les autres, une tâche rendue compliquée par deux conflits majeurs : le désir d'autonomie versus les besoins de proximité et de dépendance, et l'angoisse d'engloutissement versus la peur de l'abandon.

Un facteur encore plus compliqué pendant cette période est la tendance de l'enfant à considérer chaque individu dans son environnement comme deux personnes différentes. Par exemple, quand sa mère est réconfortante et à l'écoute, elle est vue comme étant une « bonne personne ». Quand elle est indisponible ou dans l'incapacité d'amener du réconfort ou du calme, elle est vue comme une personne séparée, une « mauvaise » mère.

Quand elle n'est plus visible par l'enfant, iel la perçoit comme non existante, partie à tout jamais, et iel appelle son retour pour apaiser son désespoir et sa panique. En grandissant, ce « clivage » naturel est remplacé par une intégration plus saine des mauvais comme des bons traits de sa mère, et l'angoisse de séparation est remplacée par la connaissance du fait que sa mère existe même quand elle n'est pas physiquement présente, et qu'elle reviendra plus tard – un phénomène connu sous le nom de *constance de l'objet* (voir plus loin). Le cerveau en développement de l'enfant peut l'emporter sur ces étapes développementales, ce qui peut nuire à l'adaptation normale.

Mahler sépare la phase de séparation- individuation en quatre sous-phases se chevauchant.

DIFFERENTIATION PHASE (5–8 MONTHS). In this phase of development, the infant becomes aware of a world separate from mother. Social smiling begins—a reaction to the environment, but directed mostly at mother. Near the end of this phase, the infant displays the opposite side of this same response—stranger anxiety, the recognition of unfamiliar people in the environment.

If the relationship with mother is supportive and comforting, reactions to strangers are mainly characterized by curious wonder. If the relationship is unsupportive, anxiety is more prominent; the child begins to divide positive and negative emotions toward other individuals, relying on splitting to cope with these conflicting emotions.

PRACTICING PHASE (8–16 MONTHS). The practicing phase is marked by the infant's increasing ability to move away from mother, first by crawling, then by walking. These short separations are punctuated by frequent reunions to check in and refuel, behavior that demonstrates the child's first ambivalence toward his developing autonomy.

RAPPROCHEMENT PHASE (16–25 MONTHS). In the rapprochement phase, the child's expanding world sparks the recognition that he possesses an identity separate from those around him. Reunions with mother and the need for her approval shape the deepening realization that she and others are separate real people. It is in the rapprochement phase, however, that both child and mother confront conflicts that will determine future vulnerability to the borderline syndrome.

The parent's role during this time is to encourage the child's experiments with individuation, yet simultaneously provide a constant supportive refueling reservoir. The normal two-year-old not only develops a strong bond with parents but also learns to separate temporarily from them with sadness rather than with rage or tantrum. The so-called terrible twos represent some of the conflict during this transition. When reunited with the parent, the child is likely to feel happy as well as angry over the separation. The nurturing mother empathizes with the child and accepts the anger without retaliation. After many separations and reunions, the child develops an enduring sense of self, love and trust for parents (attachment), and a healthy ambivalence toward others.

LA PHASE DE DIFFÉRENTIATION (5 à 8 mois). Durant cette phase du développement, le nourrisson prend conscience d'un monde séparé de sa mère. Le « sourire social » commence – une réaction à l'environnement, mais dirigée principalement vers sa mère. Vers la fin de cette phase, le nourrisson manifeste le côté opposé de cette même réponse – la peur de l'étranger – la reconnaissance de personnes inconnues dans l'environnement.

Si la relation avec sa mère est encourageante et réconfortante, les réactions aux inconnus sont majoritairement caractérisées par de la curiosité. Si la relation n'est pas encourageante, l'angoisse est plus présente : l'enfant commence à diviser les émotions positives et négatives envers les autres individus, se reposant sur le clivage pour appréhender ces émotions conflictuelles.

LA PHASE D'EXERCICE (8 à 16 mois). La phase d'exercice est marquée par la capacité grandissante du nourrisson à s'éloigner de sa mère, d'abord en rampant, puis en marchant. Ces courtes séparations sont entrecoupées de retours fréquents pour la retrouver et « recharger ses batteries », un comportement qui met en lumière l'ambivalence initiale de l'enfant envers le développement de son autonomie.

LA PHASE DE RAPPROCHEMENT (16 à 25 mois). Pendant la phase de rapprochement, le monde en expansion de l'enfant éveille en lui·elle la reconnaissance d'identité séparée de celles·eux qui l'entourent. Les retrouvailles avec sa mère et le besoin de son approbation donnent forme à la réalisation profonde que lui·qu'elle et les autres sont de vraies personnes distinctes. C'est dans la phase de rapprochement, cependant, que tant l'enfant que la mère font face à des conflits qui détermineront la vulnérabilité future au trouble borderline

Le rôle du parent pendant cette période est d'encourager les expérimentations d'individuation de l'enfant, tout en étant un pilier stable, encourageant, et reposant. L'enfant de deux ans typique ne forme pas seulement un lien fort avec ses parents, il apprend aussi à s'en séparer temporairement, avec tristesse plutôt qu'avec de la colère ou en faisant une crise. La période du « terrible two » représente une partie du conflit durant cette transition. Quand iel retrouve son parent, il est possible que l'enfant se sente à la fois heureux·se et en colère à cause de la séparation. La mère nourricière fait preuve d'empathie envers l'enfant et accepte sa colère sans lui en tenir rigueur. À la suite de plusieurs séparations et retrouvailles, l'enfant développe un sens de soi durable, ainsi qu'un amour et une confiance envers ses parents (un attachement), et une ambivalence saine envers les autres.

In theory, the mother of a pre-borderline, however, tends to respond to her child in a different way—either by pushing her child away prematurely and discouraging reunion (perhaps due to her own fear of closeness) or by insisting on a clinging symbiosis (perhaps due to her own fear of abandonment and need for intimacy). In either case, the child becomes burdened by intense fears of abandonment and/or engulfment that are mirrored back to him by the mother's own fears.

As a result, the child never grows into an emotionally separate human being. Later in life, the borderline adult's inability to achieve intimacy in personal relationships reflects this infant stage. When an adult with BPD confronts closeness, she may resurrect from childhood either the devastating feelings of abandonment that always followed her futile attempts at intimacy or the feeling of suffocation from mother's constant smothering. Defying such controls risks losing mother's love; satisfying her attempts at intimacy risks losing oneself.

This fear of engulfment is well illustrated by T. E. Lawrence (*Lawrence of Arabia*), who at age thirty-eight writes about his fear of closeness to his overbearing mother: "I have a terror of her knowing anything about my feelings, or convictions, or way of life. If she knew, they would be damaged; violated; no longer mine."

OBJECT CONSTANCY PHASE (25–36 MONTHS). By the end of the second year of life, assuming the previous levels of development have progressed satisfactorily, the child enters the object constancy phase, wherein the child recognizes that the absence of mother (and other primary caregivers) does not automatically mean her annihilation. The child learns to tolerate ambivalence and frustration. The temporary nature of mother's anger is recognized. The child also begins to understand that his own rage will not destroy mother. He begins to appreciate the concept of unconditional love and acceptance and develops the capacity to share and to empathize. The child becomes more responsive to father and others in the environment. Self-image becomes more positive, despite the self-critical aspects of an emerging conscience.

Cependant, en théorie, la mère d'une personne pré-borderline a tendance à répondre à son enfant d'une autre manière – soit en repoussant son enfant prématurément et en évitant les retrouvailles (peut-être en raison de sa propre peur de l'intimité) ou en versant dans une symbiose accaparante (peut-être due à sa propre peur de l'abandon et à son besoin de proximité). Dans tous les cas, l'enfant est pris·e de peurs d'abandon et/ou d'engloutissement intenses qui lui sont renvoyées à travers les propres peurs de sa mère.

En conséquence, l'enfant ne se développe jamais comme un être humain émotionnellement indépendant. Plus tard, cette période infantile se reflète dans l'incapacité de l'adulte borderline à atteindre l'intimité dans ses relations personnelles. Quand un·e adulte avec un TPB se retrouve dans une situation de proximité, cette insécurité peut ressurgir de l'enfance soit sous la forme des sentiments dévastateurs d'abandon qui ont toujours suivi ses tentatives futilles d'intimité, soit sous la forme du sentiment d'étouffement que lui procurait constamment sa mère. Tenter de s'opposer à tant de contrôle risque de provoquer la perte de l'amour maternel, tandis que satisfaire ses tentatives d'intimité induit le risque de se perdre soi-même.

Cette peur d'étouffement est bien illustrée par T. E. Lawrence (*Lawrence d'Arabie*) qui, à l'âge de 38 ans, écrit à propos de sa peur de l'intimité avec sa mère autoritaire : « Je suis terrifié à l'idée qu'elle sache quoi que ce soit de mes sentiments, mes convictions, ou mon mode de vie. Si elle savait quoi que ce soit, ils seraient abimés, violés ; ils ne m'appartiendraient plus. »

LA PHASE DE CONSTANCE DE L'OBJET (25 à 36 mois). À la fin de sa deuxième année de vie, si les étapes précédentes du développement se sont déroulées de façon satisfaisante, l'enfant rentre dans la phase de constance de l'objet, dans laquelle iel se rend compte que l'absence de sa mère (et d'autres tuteur·rice·s principaux·ales) ne signifie pas automatiquement qu'elle n'existe plus. L'enfant apprend à tolérer l'ambivalence et la frustration. Iel reconnaît la nature temporaire de la colère de sa mère. L'enfant commence aussi à comprendre que sa propre colère ne va pas détruire sa mère. Iel commence à apprécier le concept d'amour et d'acceptation inconditionnels et développe la capacité du partage et de l'empathie. L'enfant investit davantage sa relation au père et aux autres personnes de son environnement. L'image de soi devient plus positive, malgré les aspects auto-critiques qui accompagnent une conscience émergente.

Aiding the child in all these tasks are transitional objects—the familiar comforts (teddy bears, dolls, blankets) that represent the mother and are carried everywhere by the child to help ease separations. The object's form, smell, and texture are physical representations of the comforting mother. Transitional objects are one of the first compromises made by the developing child in negotiating the conflict between the need to establish autonomy and the need for dependency. This conflict of opposites is the first “dialectic” that a child learns to negotiate. (Such dialectical oppositions are confronted in dialectical behavioral therapy [DBT], one of the treatment approaches to BPD, discussed in more detail in chapter 8.) Eventually, in normal development, the transitional object is abandoned when the child is able to internalize a permanent image of a soothing, protective mother figure.

Developmental theories propose that the individual with BPD is never able to progress to this object constancy stage. Instead, she is fixated at an earlier developmental phase, in which splitting and other defense mechanisms remain prominent.

Because they are locked into a continual struggle to achieve object constancy, trust, and a separate identity, borderline adults continue to rely on transitional objects for soothing. One woman, for example, always carried in her purse a newspaper article that contained quotes from her psychiatrist. When she was under stress, she would pull out the article, calling it her “security blanket.” Seeing her doctor's name in print reinforced his existence and his continued interest and concern for her.

Princess Diana also took comfort in transitional objects, keeping a menagerie of stuffed animals—“my family,” she called them—at the foot of her bed. As her lover James Hewitt observed, they “lay in a line, about thirty cuddly animals—animals that had been with her in her childhood, which she had tucked up in her bed at Park House and which had comforted her and represented a certain security.” When she went on trips, Diana took a favorite teddy bear with her. Hospitalized borderline patients, similarly, often bring teddy bears or other bedtime objects from home to comfort them while in treatment. Ritualized superstitious acts, when carried out to the extreme, may represent borderline utilization of transitional objects.

Dans toutes ces tâches, l'enfant est accompagné d'objets transitionnels – les réconforts familiers (peluches, poupées, couvertures) qui représentent la mère et que l'enfant emporte partout avec lui pour l'aider à apaiser les séparations. La forme, l'odeur et la texture de l'objet sont des représentations physiques de la mère réconfortante. Les objets transitionnels sont l'un des premiers compromis réalisés par l'enfant en développement pour l'aider à appréhender le conflit entre son besoin d'autonomie et son besoin de dépendance. Ce conflit des extrêmes est la première « dialectique » qu'un·e enfant apprend à traiter. (De telles oppositions dialectiques sont abordées en thérapie comportementale dialectique [TCD], une des approches thérapeutiques du TPB, abordée plus en profondeur dans le chapitre 8). Lors d'un développement classique, l'objet transitionnel est finalement abandonné par l'enfant quand celui·elle-ci est apte à intérioriser une image stable d'une figure maternelle réconfortante et protectrice.

Les théories développementales suggèrent que l'individu souffrant d'un TPB n'est jamais capable d'arriver à cette phase de constance de l'objet. Au lieu de cela, il est figé dans une phase développementale antérieure, dans laquelle le clivage et d'autres mécanismes de défense sont toujours d'actualité.

Parce qu'ils sont coincé·e·s dans une lutte continue pour atteindre la constance de l'objet, la confiance, et une identité séparée, les adultes borderline continuent de se reposer sur les objets transitionnels pour se calmer. Une femme, par exemple, transportait toujours dans son sac à mains un article de journal qui contenait des citations de son psychiatre. Lorsqu'elle était stressée, elle sortait l'article, l'appelant sa « couverture de sécurité ». Le fait de voir le nom de son médecin imprimé renforçait l'existence de ce dernier, son intérêt et ses inquiétudes continus pour elle.

La princesse Diana trouvait également du réconfort dans les objets transitionnels, en gardant une ménagerie de peluches – « ma famille », les appelait-elle – au pied de son lit. Comme son amant James Hewitt l'a constaté, ils « étaient en ligne, plus ou moins 30 animaux en peluche – des animaux qui l'avaient accompagnée dans son enfance, qu'elle avait rangés dans son lit dans la Park House et qui l'avaient réconfortée et lui avaient apporté une sorte de sécurité ». Quand elle partait en voyage, Diana prenait son ours en peluche préféré avec elle. Les patient·e·s borderline hospitalisé·e·s, de façon similaire, amènent souvent avec eux·elles des ours en peluche, ou d'autres objets liés au moment du coucher, de chez eux·elles pour leur procurer du réconfort pendant le traitement. Des actes superstitieux ritualisés à l'extrême peuvent représenter une utilisation borderline des objets transitionnels.

The ballplayer who wears the same socks or refuses to shave while in the midst of a hitting streak, for example, may simply be prone to the superstitions that prevail in sports; only when such behaviors are repeated compulsively and inflexibly and interfere with routine functioning does the person cross the border into the borderline syndrome.

Childhood Conflicts

The child's evolving sense of object constancy is consistently challenged as he progresses through developmental milestones. The toddler, entranced by fairy tales filled with all-good and all-bad characters, encounters numerous situations in which he uses splitting as a primary coping strategy. (Snow White, for example, can be conceptualized only as all-good and the evil queen as all-bad; the fairy tale does not elicit sympathy for a queen who was perhaps the product of a chaotic upbringing or allow criticism of the heroine's cohabitation with the seven short guys!) Though now trusting in mother's permanent presence, the growing child must still contend with the fear of losing her love. The four-year-old who is scolded being "bad" may still feel threatened with the withdrawal of his mother's love; he may not yet conceive of the possibility that his mother may be expressing her own frustrations quite apart from his own behavior, nor has he learned that his mother can be angry and yet love him just as much at the same time.

Eventually, children are confronted with the separation anxiety of starting school. "School phobia" is neither a real phobia nor related exclusively to school itself, but instead represents the subtle interplay between the child's anxiety and the reactions of parents who may reinforce the child's clinging with their own ambivalence about the separation.

Adolescent Conflicts

Separation-individuation issues are repeated during adolescence, when questions of identity and closeness to others once again become vital concerns. During both the rapprochement phase of infancy and adolescence, the child's primary mode of relating is less acting than reacting to others, especially parents.

Le joueur de baseball qui porte les mêmes chaussettes ou refuse de se raser pendant une période de victoire, par exemple, peut simplement être enclin aux superstitions qui règnent dans les sports ; c'est seulement quand ce genre de comportements sont répétés de façon compulsive et inflexible et qu'ils interfèrent avec le bon déroulement du quotidien que la personne franchit la limite du trouble borderline.

Les conflits d'enfance

La conscience grandissante de l'enfant quant à la constance de l'objet est continuellement mise à l'épreuve lors de sa progression à travers les étapes de son développement. Le·a bambin·e, passionné·e de contes de fée remplis de personnages très gentils ou très méchants, rencontre de nombreuses situations dans lesquelles iel utilise le clivage comme stratégie d'adaptation primaire. (Blanche Neige, par exemple, ne peut être conceptualisée que comme gentille et la méchante reine que comme méchante ; le conte de fée n'éveille pas de sympathie pour une reine qui provient peut-être d'une famille chaotique, pas plus qu'il ne permet de critique envers une héroïne qui cohabite avec sept petits hommes !) Bien qu'iel fasse désormais confiance à la présence permanente de sa mère, l'enfant doit toujours lutter contre la peur de perdre son amour. L'enfant de quatre ans qui est surpris·e en train de ne pas être « sage » peut se sentir menacé·e de perdre l'amour de sa mère : iel ne peut pas encore concevoir la possibilité que sa mère puisse être en train d'exprimer des frustrations sans lien avec son comportement à lui·elle, et iel n'a pas non plus encore appris que sa mère peut être fâchée et l'aimer toujours tout autant à la fois.

Pour finir, les enfants sont confronté·e·s à l'angoisse de séparation en commençant l'école. « La phobie scolaire » n'est ni une vraie phobie ni exclusivement reliée à l'école en soi, mais elle représente plutôt l'interaction subtile entre l'angoisse de l'enfant et les réactions de parents qui peuvent renforcer le fait que l'enfant se cramponne à eux par leur propre ambivalence concernant la séparation.

Les conflits à l'adolescence

Les problèmes de séparation/individuation se répètent durant l'adolescence, quand les questions d'identité et de proximité avec les autres reprennent une place centrale dans la vie. Pendant les phases de rapprochement de l'enfance et de l'adolescence, le principal mode d'interaction de l'enfant est moins d'agir que de *réagir* aux autres, surtout les parents.

While the two-year-old tries to elicit approval and admiration from parents by molding his identity to emulate caregivers, the adolescent tries to imitate peers or adopts behaviors that are consciously different—even opposite—from those of the parents. In both stages, the child's behavior is based less on independently determined internal needs than on *reacting* to the significant people in the immediate environment. Behavior then becomes a quest to *discover* identity rather than to reinforce an established one.

An insecure teenager may ruminate endlessly about her boyfriend in a “he loves me, he loves me not” fashion. Failure to integrate these positive and negative emotions and to establish a firm, consistent perception of others leads to continued splitting as a defense mechanism. The borderline adolescent's failure to maintain object constancy results in later problems with sustaining consistent, trusting relationships, establishing a core sense of identity, and tolerating anxiety and frustration.

Often, entire families adopt a borderline system of interaction, with the family members' undifferentiated identities alternately merging with and separating from one another. Melanie, the adolescent daughter in one such family, closely identified with her chronically depressed mother, who felt abandoned by her philandering husband. With her husband often away from home and her other children much younger, the mother latched on to her teenage daughter, relating intimate details of the unhappy marriage and invading the teenager's privacy with intrusive questions about her friends and activities. Melanie's feelings of responsibility for her mother's happiness interfered to the point where she could not attend to her own needs. She even selected a college nearby so she could continue to live at home. Eventually, Melanie developed anorexia nervosa, which became her primary mechanism for feeling in control, independent, and comforted.

Similarly, Melanie's mother felt responsible and guilty for her daughter's illness. The mother sought relief in extravagant spending sprees (which she concealed from her husband) and then covered the bills by stealing money from her daughter's bank account. Mother, father, and daughter were trapped in a dysfunctional family swamp, which they were unwilling to confront and from which they were unable to escape. In such cases, others involved with the borderline individual often suffer and struggle in the stressful home environment.

Pendant que l'enfant de deux ans essaye d'obtenir l'approbation et l'admiration de ses parents en donnant forme à son identité grâce à la leur, l'adolescent·e essaie d'imiter ses pairs ou adopte des comportements qui sont consciemment différents – voire opposés – à ceux des parents. Dans les deux étapes, le comportement de l'enfant est moins basé sur des nécessités internes déterminées indépendamment que sur des réactions aux personnes importantes de son environnement proche. Le comportement devient alors une quête pour *découvrir* son identité plutôt que pour en renforcer une déjà établie.

Un·e adolescent·e peu sûr·e de lui·d'elle peut ruminer sans fin sur son·a amoureux·se sur le mode « iel m'aime, iel ne m'aime pas ». L'incapacité à intégrer ces émotions positives et négatives et d'établir une perception des autres stable et constante amène à un clivage continué comme mécanisme de défense. L'échec de l'adolescent·e borderline à maintenir la constance de l'objet engendre des problèmes ultérieurs pour garder des relations stables et de confiance, pour établir une identité propre et tolérer l'angoisse et la frustration.

Souvent, des familles entières adoptent un système d'interaction borderline, avec les identités indifférenciées des membres de la famille qui se fondent entre elles et se séparent les unes des autres. Mélanie, la fille adolescente de l'une de ces familles, s'identifiait de près à sa mère en dépression chronique, qui se sentait abandonnée par son mari coureur de jupons. Avec l'absence de son mari et ses autres enfants beaucoup plus jeunes, la mère s'était attachée à sa fille adolescente, lui racontant des détails intimes de son mariage malheureux et envahissant l'intimité de l'adolescente avec des questions indiscrettes sur ses amis et ses activités. Mélanie se sentait responsable du bonheur de sa mère au point de ne plus pouvoir répondre à ses propres besoins. Elle choisit même une université proche pour pouvoir continuer à vivre dans la maison familiale. Mélanie finit par développer de l'anorexie mentale, qui devint son mécanisme principal pour se sentir au contrôle de sa vie, indépendante, et réconfortée.

De même, la mère de Mélanie s'était sentie responsable et coupable de la maladie de sa fille. La mère cherchait du soulagement dans des achats compulsifs (qu'elle cachait à son mari) et couvrait ensuite les factures en volant de l'argent sur le compte bancaire de sa fille. La mère, le père et la fille étaient pris·e·s au piège dans un marécage familial dysfonctionnel, auquel iels refusaient de faire face et dont iels n'étaient pas capables de s'échapper. Souvent, dans ce genre de cas, celles·eux qui sont impliqué·e·s dans la vie de l'individu borderline souffrent et ont du mal à gérer leur environnement familial stressant.

Treatment of the identified borderline patient may require treatment of the entire family (see chapter 7). Family therapy interventions may be focused on education about BPD and skills training for family and others who care deeply. There are three primary family scenarios that can be addressed in helping the BPD person and loved ones: (1) caring for the BPD person and family of origin; (2) caring for the BPD person and his or her new, adult family; (3) helping the BPD person be an effective parent. In some cases an individual therapy for the borderline patient is best directed toward distancing or separating from an unremittingly pathological family system.

Traumas

Major traumas—parental loss, neglect, rejection, physical or sexual abuse—during the early years of development can increase the probability of BPD in adolescence and adulthood. Indeed, case histories of borderline patients are typically desolate battlefields, scarred by broken homes, chronic abuse, and emotional deprivation.

Norman Mailer described the effect of an absent parent on Marilyn Monroe, who never knew her father. Though his absence would contribute to her emotional instability in later life, it would also ironically be one of the motivating forces in her career:

Great actors usually discover they have a talent by first searching in desperation for an identity. It is no ordinary identity that will suit them, and no ordinary desperation can drive them. The force that propels a great actor in his youth is insane ambition. Illegitimacy and insanity are the godparents of the great actor. A child who is missing either parent is a study in the search for identity and quickly becomes a candidate for actor (since the most creative way to discover a new and possible identity is through the close fit of a role).

Le traitement du·de la patient·e identifié·e comme borderline peut nécessiter le traitement de toute la famille (voir chapitre 7). Les interventions de thérapie familiale peuvent être centrées sur l'éducation au TPB et sur l'acquisition de compétences pour la famille et d'autres personnes qui sont particulièrement touchées. Il y a trois scénarios familiaux principaux qui peuvent être considérés dans la volonté d'aider une personne avec un TPB et celles·ceux qu'elle aime : (1) prendre soin de la personne avec un TPB et de sa famille d'origine ; (2) prendre soin de la personne avec un TPB et de sa nouvelle famille d'adulte ; (3) aider la personne avec un TPB à être un parent efficace. Dans certains cas, il vaut mieux orienter le·a patient·e borderline, lors d'une thérapie individuelle, vers un éloignement ou une séparation du système familial irrémédiablement pathologique.

Les traumatismes

Les traumatismes sévères – la perte d'un parent, la négligence, le rejet, des abus physiques ou sexuels – survenus au cours des premières années de développement peuvent augmenter la probabilité de TPB à l'adolescence et à l'âge adulte. De fait, les histoires de cas de patient·e·s borderline sont généralement des champs de bataille ravagés, des histoires marquées par des familles brisées, des abus chroniques, et des carences émotionnelles.

Norman Mailer a décrit l'impact d'un parent absent sur Marilyn Monroe, qui ne connut jamais son père. Bien que son absence contribuerait à son instabilité émotionnelle plus tard dans sa vie, elle serait par la même occasion une des forces motivatrices de sa carrière :

Les grands acteurs découvrent généralement qu'ils ont un talent en se cherchant d'abord désespérément une identité. Aucune identité ordinaire ne leur conviendra, et aucun désespoir ordinaire ne pourra les faire vibrer. La force qui propulse un grand acteur durant sa jeunesse est l'ambition folle. L'illégitimité et la folie sont les parrains du grand acteur. Un enfant dont l'un des parents est absent est une étude en quête d'identité et devient vite un candidat pour être acteur (étant donné que la façon la plus créative de découvrir une nouvelle possible identité se trouve dans le revêtement précis d'un rôle).

Similarly, Princess Diana, rejected by her mother and reared by a cold, withdrawn father, exhibited similar characteristics. “I always used to think that Diana would make a very good actress because she would play out any role she chose,” said her former nanny, Mary Clarke.

Raised in an orphanage during many years of her early childhood, Marilyn had to learn to survive with a minimum of love and attention. It was her self-image that suffered the most and led to her manipulative behavior with lovers later in life. For Diana, her “deep feelings of unworthiness” (in the eulogizing words of her brother, Charles) hindered her relationships with men. “I’d always kept [boyfriends] away, thought they were all trouble—and I couldn’t handle it emotionally. I was very screwed up, I thought.”

Not all children who are traumatized or abused become borderline adults, of course; nor do all borderline adults have a history of trauma or abuse. Further, most studies on the effects of childhood trauma are based on inferences from adult reports and not on longitudinal studies that follow young children through to adulthood. Finally, other studies have demonstrated less extreme forms of abuse in the histories of borderline patients, particularly neglect (sometimes from the father) and a rigid, tight marital bond that excludes adequate protection and support for the child. Nevertheless, the large amount of anecdotal and statistical evidence demonstrates a link between various forms of abuse, neglect, and BPD.

Nature Versus Nurture

The “nature-nurture” question is, of course, a long-standing and controversial one that applies to many aspects of human behavior. Is one afflicted with BPD because of a biological destiny inherited from one’s parents or because of the way parents handled—or mishandled—one’s upbringing? Do the biochemical and neurological signs of the disorder cause the illness—or are they caused *by* the illness? Why do some people develop BPD in spite of an apparently healthy upbringing? Why do others burdened with a background filled with trauma and abuse, not develop it?

De la même façon, la princesse Diana, rejetée par sa mère et élevée par un père froid et absent, présentait des caractéristiques similaires. « J'ai toujours pensé que Diana ferait une très bonne actrice parce qu'elle était capable de jouer n'importe lequel des rôles qu'elle choisissait », a déclaré son ancienne nounou, Mary Clarke.

Élevée dans un orphelinat durant une grande partie de sa jeune enfance, Marilyn a dû apprendre à survivre avec un minimum d'amour et d'attention. C'est son image d'elle-même qui en a le plus souffert et qui l'a amenée à adopter plus tard dans sa vie une stratégie inconscience de persuasion envers ses amants. Pour Diana, ses « sentiments profonds de n'avoir aucune valeur » (selon les mots prononcés par son frère Charles dans son éloge funèbre) ont entravé ses relations avec les hommes. « Je gardais toujours mes amoureux à l'écart, je pensais qu'ils ne me causeraient que des ennuis – et je ne pouvais pas les gérer émotionnellement. Je pensais que j'étais vraiment paumée. »

Bien sûr, tou·te·s les enfants qui sont traumatisé·e·s ou abusé·e·s ne deviennent pas des adultes borderline, et tou·te·s les adultes borderline n'ont pas un historique de traumatismes ou d'abus. De plus, la plupart des études sur les effets des traumatismes durant l'enfance sont basées sur des interférences de rapports d'adultes et pas sur des études sur le long terme qui suivent les jeunes enfants jusqu'à l'âge adulte. Finalement, d'autres études ont démontré des formes moins extrêmes d'abus dans les historiques des patient·e·s borderline, en particulier de la négligence (parfois de la part du père) et un lien conjugal rigide et serré qui exclut une protection et un soutien adéquat pour l'enfant. Cependant, le grand nombre de preuves anecdotiques et statistiques démontrent un lien entre différents types d'abus, de négligence, et le TPB.

L'acquis et l'inné

La question « acquis/inné », aussi ancienne que controversée, s'applique à de nombreux aspects du comportement humain. Quelqu'un·e souffre-t-iel du TPB à cause d'une destinée biologique héritée des parents – ou suite à la façon dont les parents ont géré – ou pas – l'éducation ? Les signes biochimiques et neurologiques du trouble causent-ils la maladie – ou sont-ils causés *par* la maladie ? Pourquoi certain·e·s développent-iels un TPB malgré une éducation d'apparence saine ? Pourquoi d'autres, infligé·e·s d'antécédents de traumatismes et d'abus, ne le développent-iels pas ?

These “chicken or egg” dilemmas can lead to false assumptions. For example, one might conclude, based on developmental theories, that the causal direction is strictly downward; that is, an aloof, detached mother would produce an insecure borderline child. But the relationship might be more complex, more interactive than that: a colicky, unresponsive, unattractive infant may generate disappointment and detachment in the mother. Regardless of which comes first, both continue to interact and perpetuate interpersonal patterns, which may endure over many years and extend to other relationships. The mitigating effects of other factors—a supportive father, an accepting family and friends, a superior education, physical and mental abilities—will help determine the ultimate emotional health of the individual.

Though no evidence supports a specific BPD gene, humans may inherit chromosomal vulnerabilities that are later expressed as a particular illness, depending on a variety of contributing factors— childhood frustrations and traumas, specific stress events in life, healthy nutrition, exposure to environmental changes or toxins, access to health care, and so on. Just as some have postulated that heritable biological defects in the body’s metabolism of alcohol may be associated with an individual’s propensity to develop alcoholism, so there may exist a genetic predisposition for BPD, involving a biological weakness in stabilizing mood and impulses.

As many persons with BPD learn that they must reject the either-or, black-or-white ways of thinking, researchers are beginning to appreciate that the most likely model for BPD (and for most medical and psychiatric illnesses) recognizes multiple contributing factors—nature *and* nurture—working and interacting simultaneously. Borderline personality disorder is a complex tapestry, richly embroidered with innumerable intersecting threads.

Ces dilemmes de « la poule ou l'œuf » peuvent conduire à de fausses hypothèses. Par exemple, on pourrait en conclure, sur la base de théories développementales, que la direction causale est strictement descendante, c'est-à-dire qu'une mère distante et détachée engendrerait un·e enfant borderline peu sûr·e de lui·d'elle. Mais la relation peut être plus complexe que ça, plus interactive : un nourrisson souffrant de coliques, peu sensible et peu attirant peut engendrer de la déception et du détachement du côté de la mère. Peu importe ce qui vient en premier, les deux continuent d'interagir et de perpétuer des modèles interpersonnels, qui peuvent durer des années et s'étendre à d'autres relations. Les effets atténuants d'autres facteurs – un père présent, une famille et des ami·e·s tolérant·e·s, une éducation supérieure, des capacités physiques et mentales – aideront à déterminer la santé émotionnelle finale de l'individu.

Bien qu'aucune évidence n'aille dans le sens d'un gène spécifique au TPB, les humain·e·s peuvent hériter de vulnérabilités chromosomiques qui s'exprimeront plus tard sous la forme d'une maladie précise dépendant d'un nombre de facteurs – des frustrations et traumatismes dans l'enfance, des événements de vie stressants spécifiques, une alimentation saine, une exposition à des changements ou des toxines environnementaux, un accès aux soins de santé, etc. Tout comme certain·e·s ont postulé que des défauts biologiques héréditaires au métabolisme de l'alcool dans le corps peuvent être associés à la propension d'un individu à devenir alcoolique ; de même, il existe peut-être une prédisposition génétique au TPB, incluant une faiblesse biologique dans la stabilisation de l'humeur et des impulsions.

Pendant que de nombreuses personnes souffrant d'un TPB apprennent qu'elles doivent rejeter leur façon de penser manichéenne, des chercheur·euse·s commencent à prendre conscience que le modèle le plus probable pour le TPB (et pour la plupart des maladies médicales et psychiatriques) reconnaît de multiples facteurs contributifs – innés et acquis – qui interagissent et travaillent ensemble. Le trouble de la personnalité borderline est une tapisserie complexe, richement brodée d'innombrables fils interconnectés.

Chapter Eight: Specific Psychotherapy Approaches

There is a Monster in me. . . . It scares me. It makes me go up and down and back and forth, and I hate it. I will die if it doesn't let me alone.

—From the diary of a borderline patient

True life is lived when tiny changes occur.

—Leo Tolstoy

Borderline Personality Disorder is the only major psychiatric illness for which there are more evidence-based studies demonstrating efficacy from psychosocial therapies than for pharmacological (drug) treatments. Thus, unlike the treatment for most other disorders, medications are viewed as secondary components to psychotherapy. Not only have several psychotherapy approaches been shown to be effective, the arduous and sometimes extensive endeavor of psychotherapy has also been shown to be cost-effective for the treatment of personality disorders.

Psychotherapy as a treatment for BPD has come a long way since the publication of this book's first two editions. Spurred by rigorous research and constant refinement by clinicians, two primary schools of therapy with variations have emerged—the cognitive-behavioral and psychodynamic approaches. In each category, several distinct strategies have been developed, each supported by its own set of theoretical principles and techniques. Several psychotherapy strategies combine group and individual sessions. Though some are more psychodynamic and some are more behavioral, most combine elements of both. All embrace communication that reflects SET-UP features that were developed by the primary author and discussed in detail in chapter 5: *Support* for the patient, *Empathy* for his struggles, confrontation of *Truth* or reality issues, together with *Understanding* of issues and a dedication to *Persevere* in the treatment.

Chapitre huit : Les approches de psychothérapie spécifiques

Il y a un monstre en moi... Il me fait peur. Il me fait tourner en bourrique, et je déteste ça. J'en mourrai s'il ne me laisse pas en paix.

– Extrait du journal d'un·e patient·e borderline

La vraie vie est vécue lorsque de minuscules changements se produisent.⁵

– Léon Tolstoï

Le trouble de la personnalité borderline est la seule grande maladie psychiatrique pour laquelle il existe plus de travaux scientifiques démontrant l'efficacité des thérapies psychosociales que celle des traitements pharmacologiques (médicaments). Ainsi, contrairement au traitement de la plupart des troubles, les médicaments sont vus comme secondaires à la psychothérapie. Non seulement l'efficacité de diverses approches de psychothérapie a été démontrée, mais en outre, malgré les difficultés et la longueur de la psychothérapie, celle-ci s'est également révélée rentable pour le traitement des troubles de la personnalité.

La psychothérapie en tant que traitement du TPB a bien évolué depuis la publication des deux premières éditions de ce livre. Soutenues par la recherche rigoureuse et un perfectionnement constant des clinicien·ne·s, deux écoles principales de thérapie, avec quelques variantes, ont émergé : les approches cognitivo-comportementales et les approches psychodynamiques. Au sein de chaque catégorie, plusieurs stratégies distinctes ont été développées, chacune soutenue par son propre ensemble de principes théoriques et de techniques. Plusieurs stratégies de psychothérapie combinent les sessions de groupe avec les séances individuelles. Bien que certaines soient plus psychodynamiques et d'autres plus comportementales, la plupart reprennent des éléments des deux. Toutes se rejoignent sur un même mode de communication fondé sur des caractéristiques SET-UP, développées par leur auteur principal et présentées en détail dans le chapitre 5 : *Soutien* pour le patient, *Empathie* pour ses difficultés, confrontation avec la *Vérité (Truth)* ou des problèmes liés à la réalité, ainsi que la *Compréhension* des problèmes et un dévouement dans le fait de *Persévérer* dans le traitement.

⁵ Traduction consultable sur le site *Citations Ouest France* : <https://citations.ouest-france.fr/citation-leon-tolstoi/vraie-vie-vecue-lorsque-minuscules-128889.html>.

Proponents of several therapy approaches have attempted to standardize their therapeutic techniques by, for example, compiling instructional manuals to help guide practitioners in conducting the specific treatment. In this way, it is hoped that the therapy is conducted consistently and equally effectively, irrespective of the practitioner. (An obvious, though perhaps crass, analogy may be made to a franchise food company, such as Starbucks or McDonald's, which standardizes its ingredients so that its coffee or hamburgers taste the same regardless of where it is purchased or who is behind the counter.) Standardization also facilitates gathering evidence in controlled studies, which can support, or refute, the effectiveness of a particular psychotherapy approach.

The underlying theory of standardization is that just as it would make little difference which Prozac capsule the patient chose from the bottle (as long as he ingested it), it would make little difference who administered the psychotherapy, as long as the patient was in attendance. However, interpersonal interactions are surely different from taking and digesting a pill, so it is probably naive to presume that all psychotherapists following the same guidelines will produce the same results with patients. Indeed, John G. Gunderson, MD, a pioneer in the study of BPD, has pointed out that the original developers of these successful techniques are blessed with prominent charisma and confidence, which followers may not necessarily possess. Additionally, many therapists might find such a constrained approach too inflexible.

Although the different psychotherapy strategies emphasize distinctions, they possess many commonalities. All attempt to establish clear goals with the patient. A primary early goal is to disrupt self-destructive and treatment-destructive behaviors. All of the formal "manualized" therapies are intensive, requiring consistent contact usually one or more times per week. All of these therapies recognize the need for the therapist to be highly and specially trained and supported, and many require supervision and/or collaboration with other team members. Therapists are more vigorously interactive with patients than in traditional psychoanalysis.

Les partisan·ne·s de plusieurs approches de thérapie ont essayé de formaliser leurs techniques thérapeutiques, par exemple en compilant des manuels d'instruction pour aider à guider les praticien·ne·s dans la conduite de ce traitement spécifique. De cette façon, on espère que la thérapie soit menée à bien de façon cohérente, indépendamment du·de la praticien·ne. (On peut établir une analogie évidente, bien que peut-être grossière, avec une compagnie de nourriture franchisée, comme Starbucks ou McDonald's, qui standardisent leurs ingrédients dans le but que leurs cafés ou hamburgers aient toujours le même goût, quels que soient l'endroit où ils ont été achetés et la personne qui se trouve derrière le comptoir.) La standardisation facilite aussi le recueil de preuves dans des études contrôlées, qui peuvent confirmer ou réfuter l'efficacité d'une approche de psychothérapie spécifique.

La théorie de standardisation impliquerait que, de la même façon que deux comprimés de Prozac provenant d'une même boîte auraient un même effet sur un·e patient·e quel que soit celui qu'il choisit (tant qu'il l'ingère), l'effet de la psychothérapie ne dépendrait pas non plus de celui·elle qui la conduit, à condition que le·a patient·e soit présent·e. Cependant, les interactions interpersonnelles sont évidemment différentes de la prise et la digestion d'une pilule, il est donc probablement naïf de présupposer que tou·te·s les psychothérapeutes qui suivent les mêmes directives engendreront les mêmes résultats avec les patient·e·s. De fait, John G. Gunderson, docteur en psychiatrie, un pionnier dans l'étude du TPB, a pointé du doigt le fait que les thérapeutes qui sont à l'origine de ces techniques efficaces rayonnent de charisme et de confiance en eux·elles, ce qui n'est pas forcément le cas de tou·te·s les thérapeutes. De plus, beaucoup d'entre eux·elles pourraient considérer qu'une approche aussi contraignante manque de flexibilité.

Bien que les différentes stratégies de psychothérapie mettent en évidence des distinctions, elles possèdent beaucoup de points communs. Toutes tentent d'établir des objectifs clairs avec le·a patient·e. Un premier objectif principal consiste à mettre fin aux comportements autodestructeurs et visant à faire échouer le traitement. Toutes les thérapies classiques de type « manuel » sont intenses et demandent un contact régulier, généralement une ou plusieurs fois par semaine. Toutes ces thérapies reconnaissent le besoin que le·a thérapeute soit très qualifié·e, spécifiquement formé·e et soutenu·e, et beaucoup nécessitent une supervision et/ou une collaboration avec d'autres membres de l'équipe soignante. Les thérapeutes sont dans une interaction plus soutenue avec les patient·e·s que dans la psychanalyse traditionnelle.

Because these therapies are time and labor intensive, usually expensive, and often not fully covered by insurance (e.g., insurance does not cover team meetings between therapists, as required in formal DBT—see Dialectical Behavioral Therapy on the following page), most of the studies exploring their efficacy have been performed in university or grant-supported environments. Most community and private treatment protocols attempting to reproduce a particular approach are truncated modifications of the formal programs.

It is no longer simply a matter of “finding any shrink who can cure me” (though it is possible, of course, to get lucky this way). In our complex society, all sorts of factors are and should be considered by the patient: time and expense, therapist’s experience and specialization, and so on. Most important, the patient should be comfortable with the therapist and her specific approach to treatment. So the reader is advised to read the remainder of this chapter with an eye toward at least becoming familiar with specific approaches, as she will likely see them (and their acronyms) again at some point during the therapeutic process. In seeking a preferred patient-therapist fit (see chapter 7), a prospective patient may further explore some of these described approaches and seek care from a clinician who offers the favored treatment.

Cognitive and Behavioral Treatments

Cognitive behavioral approaches focus on changing current thinking processes and repetitive behaviors that are disabling; this type of therapy is less concerned about the past than psychodynamic approaches (see Psychodynamic Treatments below). Treatment is more problem focused and often time limited.

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

A system of treatment developed by Aaron Beck, CBT focuses on identifying disruptive thoughts and behaviors and replacing them with more desirable beliefs and reactions.

Puisque ces thérapies prennent du temps et du travail, sont souvent chères, et bien souvent pas entièrement couvertes par l'assurance santé⁶ (par exemple, l'assurance santé ne prend pas en charge les rendez-vous d'équipe entre les thérapeutes, comme exigé dans la TCD classique – voir la Thérapie Comportementale Dialectique), la plupart des études portant sur leur efficacité ont été menées à l'université ou dans des contextes subventionnés. La plupart des protocoles de traitement communautaires ou privés qui essaient de reproduire une approche spécifique sont des modifications altérées des programmes officiels.

Il ne s'agit plus simplement de « trouver un·e psy qui pourra me guérir » (bien qu'on puisse être chanceux·se). Dans notre société complexe, le·a patient·e devrait tenir compte de toute une série de facteurs : la durée et le coût, l'expérience du·de la thérapeute et sa spécialisation, etc. Encore plus important : le·a patient·e devrait être à l'aise avec le·a thérapeute et son approche thérapeutique spécifique. Il est donc conseillé au·à la lecteur·rice de lire le reste de ce chapitre avec l'intention d'au moins se familiariser avec les approches spécifiques, étant donné qu'il les reverra (ainsi que leur acronyme) durant le processus thérapeutique. Dans sa recherche d'une entente privilégiée avec son thérapeute (voir chapitre 7), un·e futur·e patient·e peut également aller plus loin et s'informer sur les dites-approches et chercher l'aide du·de la professionnel·le qui lui convient le mieux.

Les traitements cognitifs et comportementaux

Les approches cognitives et comportementales mettent l'accent sur le changement des processus de pensée actuels et les comportements répétitifs qui sont handicapants. Ce type de thérapie se concentre moins sur le passé que les approches psychodynamiques (voir Les traitements psychodynamiques plus loin). Le traitement est plus axé sur les problèmes et souvent limité dans le temps.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est un système de traitement développé par Aaron Beck, qui se concentre sur l'identification des pensées et des comportements parasites et sur leur remplacement par des croyances et des réactions plus souhaitables.

⁶ Référence au système de santé des États-Unis, différent de celui de la France.

Active attempts to point out distorted thinking (“I’m a bad person”; “Everyone hates me”) and frustrating behaviors (“Maybe I can have just one drink”) are coupled with homework assignments designed to change these feelings and actions. Assertiveness training, anger-management classes, relaxation exercises, and desensitization protocols may all be used. Typically, CBT is time limited, less intensive than other protocols, and therefore usually less expensive. The following treatment programs are derived from CBT.

Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

Developed by Marsha M. Linehan, PhD, at the University of Washington, DBT is a derivation of standard cognitive behavioral therapy that has furnished the most controlled studies demonstrating its efficacy. The *dialectic* of the treatment refers to the goal of resolving the inherent “opposites” faced by BPD patients—that is, the need to negotiate the patient’s contradictory feeling states, such as loving, then hating the same person or situation. A more basic dialectic in this system is the need to resolve the paradox that the patient is trying as hard as she can and is urged to be satisfied with her efforts and her current level of functioning, and yet is simultaneously striving to change even more and do even better.

DBT posits that borderline patients possess a genetic/biological vulnerability to emotional overreactivity. This view hypothesizes that the limbic system, the part of the brain most closely associated with emotional responses, is hyperactive in BPD. The second contributing factor, according to DBT practitioners, is an invalidating environment: that is, others dismiss, contradict, or reject the developing individual’s emotions. Confronted with such interactions, the individual is unable to trust others or her own reactions. Emotions are uncontrolled and volatile. To calm these erratic emotions, DBT emphasizes *mindfulness*, the process of paying attention to what is happening at the moment, without extreme emotional reactivity, judgment, or invalidation.

In the initial stages of treatment, DBT focuses on a hierarchical system of targets, confronting first the most serious and then later the easiest behaviors to change.

Les tentatives actives de pointer du doigt les pensées déformées (« Je suis une mauvaise personne », « Tout le monde me déteste ») ainsi que les comportements frustrants (« Peut-être que je peux ne prendre qu'un verre ») sont associés avec des tâches à réaliser en dehors du cabinet du·de la thérapeute, conçus pour modifier ces sentiments et ces actions. Un entraînement à l'assertivité, des cours de maîtrise de la colère, des exercices de relaxation et des protocoles de désensibilisation peuvent tous être utilisés. Généralement, la TCC est limitée dans le temps, moins intense que d'autres protocoles, et par conséquent souvent moins chère. Les programmes de traitement suivants sont dérivés de la TCC.

La thérapie comportementale dialectique (TCD)

Développée par Marsha M. Linehan, docteure en psychologie, à l'université de Washington, la TCD dérive de la thérapie cognitivo-comportementale classique. C'est elle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études encadrées démontrant son efficacité. La *dialectique* du traitement fait référence à son objectif de résoudre les « opposés » inhérents au trouble borderline – c'est-à-dire le besoin d'aborder les états de sentiments contradictoires du·de la patient·e, tels que le fait d'aimer puis de détester la même personne ou situation. Une dialectique plus basique dans ce système est le besoin de résoudre le paradoxe entre le fait que le·a patient·e y met du sien et est encouragé·e à valoriser ses efforts et son état de fonctionnement actuel, et son combat simultané pour changer encore plus et aller encore mieux.

La TCD pose que les patient·e·s borderline possèdent une vulnérabilité biologique à la surréaction émotionnelle. Cette théorie repose sur l'hypothèse que le système limbique, la partie du cerveau la plus associée aux réponses émotionnelles, est hyperactive dans le TPB. Le second facteur aggravant, selon les praticien·ne·s de la TCD, est un environnement invalidant, c'est-à-dire que d'autres négligent, contredisent ou rejettent les émotions de l'individu en développement. Face à de telles interactions, l'individu est incapable de faire confiance aux autres ou à ses propres réactions. Les émotions sont hors de contrôle et volatiles. Pour calmer ces émotions instables, la TCD met l'accent sur la *pleine conscience*, le fait d'être ancré·e dans le présent, sans réactivité émotionnelle extrême, ni jugement ou invalidation.

Dans les premières phases du traitement, la TCD se concentre sur un système hiérarchique d'objectifs, s'attaquant d'abord aux comportements les plus problématiques et ensuite plus tard aux plus faciles à modifier.

The highest priority addressed immediately is the threat of suicide and self-injuring behaviors. The second-highest target is to eliminate behaviors that interfere with therapy, such as missed appointments or not completing homework assignments. The third priority is to address behaviors that interfere with a healthy quality of life, such as disruptive compulsions, promiscuity, or criminal conduct; among these, easier changes are targeted first. The fourth priority is to focus on increasing behavioral skills.

The structured program consists of four main components:

1. Weekly individual psychotherapy to reinforce learned new skills and to minimize self-defeating behaviors.
2. Weekly group skills therapy that utilizes educational materials about BPD and DBT, homework assignments, and discussion to teach techniques to better control emotions, improve interpersonal contacts, and nurture mindfulness. Each week, patients are given a DBT “diary card” to fill out daily. The diary is meant to document self-destructive behaviors, drug use, disruptive emotions, and the patient’s efforts to cope with such daily stresses.
3. Telephone coaching (a unique feature of DBT) to help patients work through developing stresses before they become emergencies; calls can be made to on-call coaches at any time, but are deemed inappropriate if made *after* a patient has acted out in a destructive manner.
4. Weekly meetings among all members of the therapy team to enhance treaters’ skills and motivation and to combat burnout.

La priorité immédiate est celle de la menace de suicide et de comportements autodestructeurs. Le deuxième plus grand objectif est d'éliminer les comportements qui interfèrent avec la thérapie, tels que les rendez-vous manqués ou le fait de ne pas faire ses tâches à domicile.

La troisième priorité est de s'attaquer aux comportements qui interfèrent avec une qualité de vie saine, tels que des compulsions perturbatrices, la promiscuité, ou une conduite illégale ; dans ces comportements, ceux qui sont les plus faciles à changer sont ciblés en premier. La quatrième priorité est de se concentrer sur l'augmentation des compétences comportementales.

Le programme se structure en quatre modules principaux :

1. Psychothérapie individuelle hebdomadaire pour renforcer les techniques apprises et pour minimiser les comportements d'autosabotage.
2. Thérapie de groupe hebdomadaire axée sur les compétences, qui utilise des matériaux éducationnels sur le TPB et la TCD, des tâches à réaliser en dehors du cabinet du/de la thérapeute, et de la discussion dans le but d'enseigner des techniques pour mieux contrôler les émotions, pour améliorer ses relations interpersonnelles, et pour cultiver la pleine conscience. Chaque semaine, les patient·e·s reçoivent une « fiche journalière » de TCD à remplir quotidiennement. La fiche sert à documenter des comportements autodestructeurs, l'usage de drogues, les émotions perturbatrices, ainsi que les efforts du/de la patient·e pour gérer de tels stress au quotidien.
3. Du coaching par téléphone (une caractéristique propre à la TCD) dans le but d'aider les patient·e·s à surmonter les facteurs de stress avant qu'ils ne se transforment en urgences. Des coachs sont disponibles par téléphone à n'importe quel moment, bien que les appels soient considérés comme inappropriés si ceux-ci sont réalisés *après* un passage à l'acte destructif.
4. Des rendez-vous hebdomadaires entre les membres de l'équipe thérapeutique pour améliorer leurs compétences et leur motivation et lutter contre le burn-out.

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

Another manual-based variation of CBT is STEPPS, developed at the University of Iowa. Like DBT, STEPPS focuses on the borderline patient's inability to modulate emotions and impulses. The unique modifications of STEPPS were partly built on a wish to develop a less costly program. STEPPS is a group therapy paradigm, without individual sessions. It is also designed to be shorter—consisting of twenty two-hour weekly groups (compared to the typical one-year commitment expected in DBT). This program also emphasizes the importance of involving the borderline individual's social systems in treatment. Educational training sessions “can include family members, significant others, health care professionals, or anyone they regularly interact with, and with whom they are willing to share information about their disorder.” STEPPS embodies three primary components:

1. Sessions educate about BPD and schema (cognitive distortions about oneself and others, such as a sense of unlovability, mistrust, guilt, a lack of identity, a fear of losing control, etc.).
2. Skills to better control emotions, such as problem management, distracting, and improving communication, are taught.
3. The third component teaches basic behavioral skills, such as healthy eating, a healthy sleep regimen, exercise, and goal setting.

A second phase of STEPPS is STAIRWAYS (setting goals; trusting; anger management; impulsivity control; relationship behavior; writing a script; assertiveness training; your journey; schemas revisited).

Programme STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) [Entraînement systémique à la prédictibilité émotionnelle et à la résolution de problèmes]

Le programme STEPPS est une autre variante de la TCC basée sur un manuel, développé à l'université d'Iowa. Comme la TCD, le programme STEPPS se concentre sur l'incapacité du/de la patient·e à adapter ses émotions et ses impulsions. Les modifications uniques de la technique STEPPS furent en partie pensées dans le but de développer un programme moins coûteux. Le programme STEPPS est un paradigme de thérapie de groupe, sans les entretiens individuels. Il est aussi conçu pour être plus court – il consiste en vingt séances de deux heures par semaine (en comparaison à l'engagement d'un an attendu dans la TCD). Ce programme met également l'emphasis sur l'importance de mobiliser l'entourage de l'individu borderline dans le traitement. Les séances d'entraînement éducationnelles « peuvent inclure des membres de la famille, des partenaires amoureux·ses, des professionnel·le·s de la santé, ou n'importe qui avec qui iels interagissent de façon régulière, et avec qui iels sont enclin·e·s à partager des informations sur leur trouble. » Le programme STEPPS inclut trois éléments principaux :

1. Les séances informent sur le TPB et les schémas de pensée (des distorsions cognitives sur soi ou les autres, telles qu'un sentiment de ne pas être digne d'amour, le manque de confiance en soi, la culpabilité, un manque d'identité, une peur de perdre le contrôle, etc.)
2. Sont également enseignées des compétences pour mieux contrôler les émotions, comme la maîtrise des problèmes, le fait de se distraire, et l'amélioration de sa communication.
3. Le troisième élément enseigne des compétences comportementales basiques, comme manger sainement, avoir un cycle de sommeil sain, faire du sport, et se fixer des objectifs.

Une deuxième phase du programme STEPPS est STAIRWAYS (se fixer des objectifs, faire confiance, apprendre à gérer sa colère, contrôler l'impulsivité, bien se comporter dans les relations, planifier, s'entraîner à l'assertivité, l'évolution de chacun, l'examen des schémas de pensée).⁷ Il s'agit de séminaires d'entraînement aux compétences d'une durée d'un an avec des rendez-vous bimensuels, qui renforcent le modèle STEPPS.

⁷ Il s'agit d'une traduction de l'acronyme anglais STAIRWAYS voulant dire *setting goals; trusting; anger management; impulsivity control; relationship behavior; writing a script; assertiveness training; your journey; schemas revisited*.

This is a twice-monthly one-year extension of skills-training “seminars,” which reinforce the STEPPS model. Unlike DBT, which is designed to be self-contained and discourages other therapy contributions, STEPPS is designed to complement other therapy involvement.

Schema-Focused Therapy (SFT)

SFT combines elements of cognitive, Gestalt, and psychodynamic theories. Developed by Jeffrey Young, PhD, a student of Aaron Beck’s, SFT conceptualizes maladaptive behavior arising from schemas. In this model, a schema is defined as a world view developed over time in a biologically vulnerable child who encounters instability, overindulgence, neglect, or abuse. Schemas are the child’s attempts to cope with these failures in parenting. Such coping mechanisms become maladaptive in adulthood. The concept of schemas derives from psychodynamic theories. SFT attempts to challenge these distorted responses and teaches new ways of coping through a process denoted as re-parenting.

Multiple schemas can be grouped into five primary schema modes, with which borderline patients identify and which correlate with borderline symptoms:

1. Abandoned and Abused Child (abandonment fears)
2. Angry Child (rage, impulsivity, mood instability, unstable relationships)
3. Punitive Parent (self-harm, impulsivity)
4. Detached Protector (dissociation, lack of identity, feelings of emptiness)
5. Healthy Adult (therapist’s role to model for the patient—soothes and protects the other modes)

Specific treatment strategies are appropriate for each mode. For example, the therapist emphasizes nurturing and caring for the Abandoned and Abused Child mode.

À la différence de la TCD, qui se veut autosuffisante et ne favorise pas la participation d'autres types de thérapie, le programme STEPPS a été créé pour compléter d'autres approches thérapeutiques.

La thérapie des schémas (TDS)

La thérapie des schémas combine des éléments des théories cognitives, de la Gestalt et des théories psychodynamiques. Développée par Jeffrey Young, docteur en psychologie et étudiant d'Aaron Beck, la thérapie des schémas conceptualise les comportements inadaptés qui proviennent des schémas de pensée. Dans ce modèle, un schéma est défini comme une vue du monde développée au fil du temps chez un·e enfant biologiquement vulnérable qui subit de l'instabilité, trop d'indulgence, de la négligence, ou des abus. Les schémas représentent les tentatives de l'enfant de gérer ces échecs parentaux. De tels mécanismes de gestion des émotions deviennent inadaptés dans l'âge adulte. Le concept des schémas provient de théories psychodynamiques. La thérapie des schémas essaie de contester ces réponses déformées et enseigne de nouvelles façons d'envisager un processus appelé de re-parentification.

De nombreux schémas peuvent être regroupés en cinq modes principaux, auxquels les patient·e·s borderline s'identifient et qui correspondent aux symptômes du trouble borderline :

1. L'enfant vulnérable et victime d'abus (peurs d'abandon)
2. L'enfant coléreux·se (rage, impulsivité, instabilité de l'humeur, relations instables)
3. Le parent punitif (automutilation, impulsivité)
4. Le·a protecteur·rice détaché·e (dissociation, manque d'identité, sentiments de vide)
5. L'adulte sain·e (c'est le rôle du·de la thérapeute de l'incarner pour le·a patient·e – iel apaise et protège les autres modes).

Des stratégies de traitement spécifiques sont appropriées pour chaque mode. Par exemple, le·a thérapeute met l'accent sur le fait de protéger et de s'occuper du·de la patient·e pour le mode de l'enfant vulnérable.

Expressing emotions is encouraged for the Detached Protector mode. Re-parenting attempts to supply unmet childhood needs. Therapists are more open than in traditional therapies, often sharing gifts, phone numbers, and other personal information, projecting themselves as real, honest, and caring. Conveying warmth, praise, and empathy are important therapist features in SFT. Patients are encouraged to read about schema and BPD. **Gestalt** techniques, such as role-playing, acting out dialogue between modes, and visualization techniques (visualizing and role-playing stressful scenarios) are employed.

Assertiveness training and other cognitive behavioral methods are utilized. A possible danger in SFT is the boundary confrontation in re-parenting. Therapists must be extremely vigilant regarding the risk of transference and countertransference regression (see chapter 7).

Psychodynamic Treatments

Psychodynamic approaches typically employ discussion of the past and present, with the goal of discovering patterns that may forge a more productive future. This form of therapy is usually more intensive—with sessions conducted one or more times a week—than the cognitive-behavioral approach. The therapist should implement a structured, consistent format with clear goals, yet be flexible enough to adapt to changing needs.

Transference-Focused Psychotherapy (TFP)

TFP is a manual-based program that Otto Kernberg, MD, and his colleagues at Cornell have developed from more traditional psychoanalytic roots. The therapist focuses initially on developing a contract of understanding of the roles and limitations in the therapy. Like DBT, TFP's early concerns revolve around suicide danger, interruption of therapy, dishonesty, and so on. Like other treatment approaches, TFP acknowledges the role of biological and genetic vulnerability interacting with early psychological frustrations.

Exprimer ses émotions est encouragé pour le mode du·de la protecteur·rice détaché·e. La re-parentification essaie de subvenir aux besoins non-assouvis de l'enfant. Les thérapeutes sont plus ouvert·e·s que dans les thérapies traditionnelles, échangeant souvent des cadeaux, des numéros de téléphone, et d'autres informations personnelles, se montrant comme réel·le·s, honnêtes, et personnellement impliqué·e·s. Dans la thérapie des schémas, il est important que le·a thérapeute apporte de la chaleur, de l'encouragement, et de l'empathie. Les patient·e·s sont encouragé·e·s à se renseigner sur les schémas et le TPB. Des techniques de Gestalt sont utilisées, comme des jeux de rôles, une représentation du dialogue entre les modes, et des techniques de visualisation (visualiser et faire des jeux de rôle avec des scénarios stressants).

Un entraînement à l'assertivité ainsi que d'autres méthodes cognitivo-comportementales sont appliqués. Un danger potentiel dans la thérapie des schémas est la question des limites dans la re-parentification. Les thérapeutes doivent être extrêmement vigilant·e·s quant au risque de régression dans le transfert et le contre-transfert (voir chapitre 7).

Traitements psychodynamiques

Les approches psychodynamiques se servent généralement d'une discussion entre le passé et le présent, dans le but de découvrir des schémas qui permettront de construire un avenir plus productif. Ce type de thérapie est d'habitude plus intensive – avec des séances une ou plusieurs fois par semaine – que l'approche cognitivo-comportementale. Le·a thérapeute se doit de mettre en place un cadre structuré et cohérent avec des objectifs clairs, tout en restant assez flexible pour s'adapter aux besoins en évolution.

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

La PFT est un programme basé sur un manuel qu'Otto Kernberg, docteur en psychiatrie, et ses collègues de Cornwell ont développé à partir de racines psychanalytiques plus traditionnelles. Le·a thérapeute se concentre initialement sur le fait de développer un contrat de compréhension des rôles et des limites au sein de la thérapie. Comme la TCD, les premières inquiétudes de la PFT gravitent autour du danger de suicide, de l'interruption de la thérapie, du mensonge, etc. Comme d'autres approches de traitement, la PFT reconnaît le rôle de la vulnérabilité biologique et génétique et leur interaction avec des frustrations psychologiques précoces.

A primary defense mechanism seen in borderline patients is *identity diffusion*, which refers to a distorted and unstable sense of self and consequently of others. Identity diffusion suggests a perception of oneself and others as if they were fuzzy, ghostlike distortions in a funhouse mirror, barely perceptible and insubstantial to the touch. Another feature of BPD is persistent splitting—dividing perceptions into extreme and opposite dyads of black or white, right or wrong, resulting in the belief that oneself, another, or a situation is all-good or all-bad. In addition, if the all-good person disappoints the borderline individual, the formerly good person can mutate into an all-bad person almost overnight.

TFP theorizes that identity diffusion and splitting are early primary elements in normal development. However, in BPD, normal, developing integration of opposite feelings and perceptions is disrupted by frustrating caregiving; in other words, the borderline individual gets stuck at an immature level of functioning (see chapter 3). Feelings of emptiness, severe emotional swings, anger, and chaotic relationships result from this black-and white thinking. TFP typically consists of twice-weekly individual sessions, in which the relationship with the therapist is examined. This here and-now transference experience (see chapter 7) allows the patient to experience in the moment the splitting that is so prevalent in his life experience. The therapist's office becomes a kind of laboratory in which the patient can examine his feelings in a safe, protected environment and then extend his understanding to the outside world. The combination of intellectual understanding and the emotional experience in working with the therapist can lead to the healthy integration of identity and perceptions of others.

Mentalization-Based Therapy (MBT)

Mentalization, a term elaborated by Peter Fonagy, PhD, describes how people understand themselves, others, and their environment. Using mentalization, an individual understands why she and others interact the way they do, which in turn leads to the ability to empathize with another's feelings. The term overlaps with the concept of *psychological mindedness* (understanding the connection between feelings and behaviors) and *mindfulness* (a goal in DBT; see above).

Un mécanisme de défense principal observé chez les patient·e·s borderline est l'*identité diffuse*, qui renvoie à une vision déformée et instable de soi et par conséquent des autres. Cette identité diffuse suggère une perception de soi et des autres comme s'ils étaient des distorsions floues, semblables à des fantômes dans un miroir de maison du rire, à peine perceptibles ou tangibles. Une autre caractéristique du TPB est un clivage incessant – des perceptions se divisant en dyades extrêmes et opposées, noir ou blanc, bien ou mal, entraînant la croyance que soi-même, un·e autre, ou une situation, est univoquement positive ou négative. De plus, si la personne très gentille déçoit l'individu borderline, la personne anciennement gentille peut devenir à ses yeux une personne très méchante, presque instantanément.

La PFT théorise l'identité diffuse et le clivage comme des éléments principaux du début du développement normal. Cependant, dans le TPB, l'intégration normale en développement des sentiments et des perceptions opposés est perturbée par une éducation frustrante ; en d'autres mots, l'individu borderline est coincé à un niveau de fonctionnement immature (voir chapitre 3). Des sentiments vides, des sautes d'humeur sévères, de la colère, et des relations chaotiques sont le résultat de cette pensée manichéenne. La PFT consiste généralement en séances individuelles bi-hebdomadaires, pendant lesquelles la relation avec le·a thérapeute est étudiée. Cette expérience de transfert ici et maintenant (voir chapitre 7) permet au·à la patient·e d'expérimenter dans l'instant le clivage si présent dans son expérience de vie. Le bureau du·de la thérapeute se transforme en une sorte de laboratoire où le·a patient·e peut examiner ses sentiments dans un environnement sécurisé et protégé, pour ensuite étendre sa compréhension au monde extérieur. La combinaison de compréhension intellectuelle et d'expérience émotionnelle dans le travail avec le·a thérapeute peut amener à une intégration d'identité saine et une perception des autres équilibrée.

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM)

La *mentalisation*, un terme élaboré par Peter Fonagy, docteur en psychologie, décrit la façon dont les personnes se comprennent elles-mêmes, ainsi que les autres, et leur environnement. En utilisant la mentalisation, une personne comprend pourquoi elle et les autres interagissent comme ils le font, ce qui conduit ensuite à la capacité d'éprouver de l'empathie par rapport aux sentiments de quelqu'un·e d'autre. Le terme empiète sur le concept de *conscience psychologique* (comprendre la connexion entre les sentiments et les comportements) et la *pleine conscience* (un objectif dans la TCD, voir plus haut).

Fonagy theorizes that when the normal development of mentalization beginning in early childhood is disrupted, adult pathology develops, particularly BPD. This conceptualization is based on psychodynamic theories of a healthy attachment to a parenting figure (see chapter 3). When the child is unable to bond appropriately with a parent, he has difficulty understanding the parent's or his own feelings. He has no healthy context on which to base emotions or behaviors. Object constancy cannot be sustained. The child develops abandonment fears or detaches from others. This developmental failure may arise either from the child's temperament (biological or genetic limitations) or from the parent's pathology, which may consist of physical or emotional abuse or abandonment, or inappropriate smothering of independence, or from both.

MBT is based on the supposition that beliefs, motives, emotions, desires, reasons, and needs must first be understood in order to function optimally with others. The goal of MBT is to help the patient think through his feelings before he reacts to them. He is also encouraged to more carefully consider the thoughts and actions of others as a check against misperceptions.

Confirming data on the effectiveness of this method has been documented by Bateman and Fonagy, primarily within a daily partial hospital setting in England. In this design, patients attend the hospital during the day, five days a week for eighteen months. Treatment includes psychoanalytically oriented group therapy three times a week, individual psychotherapy, expressive therapy consisting of art, music, and psychodrama programs, and medications as needed. Daily staff meetings are held and consultations are available. Therapists, employing a manual-based system, focus on the patient's current state of mind, identify distortions in perception, and collaboratively attempt to generate alternative perspectives in the patient about himself and others. While many of the behavioral techniques are similar to DBT, some of the psychodynamic structure of MBT overlaps with transference-focused psychotherapy (TFP). (The professional reader will note that distortions in MBT's mentalization include the concepts of identity diffusion and splitting in TFP; the difficulty with dyadic extremes recalls the dialectical paradoxes theorized in DBT.)

Fonagy théorise le fait qu'à partir du moment où le développement normal de la mentalisation commençant dans la petite enfance est perturbé, une pathologie adulte se développe, particulièrement le TPB. Cette conceptualisation est basée sur des théories psychodynamiques d'un attachement sain à une figure parentale (voir chapitre 3). Quand l'enfant n'est pas en mesure de former un lien approprié avec une figure parentale, il a du mal à comprendre ses sentiments ou ceux de son parent. Il n'a aucun contexte sain sur lequel baser ses émotions ou ses comportements. La constance de l'objet ne peut pas être atteinte. L'enfant développe des peurs d'abandon ou se détache des autres. Cet échec développemental peut provenir du tempérament de l'enfant (de limitations biologiques ou génétiques) ou d'une pathologie du parent, qui peut se présenter sous la forme d'abus ou d'abandon physique ou émotionnel, d'étouffement inapproprié de l'indépendance de l'enfant, ou des deux.

La TBM est basée sur la supposition que les croyances, les moteurs, les émotions, les désirs, les raisons, et les besoins doivent d'abord être compris pour pouvoir fonctionner de façon optimale avec les autres. L'objectif de la TBM est d'aider le·a patient·e à réfléchir à ses sentiments avant de réagir à ceux-ci. Il est aussi encouragé à considérer plus attentivement les pensées et les actions des autres pour y voir une alternative à ses propres perceptions erronées.

Des preuves quant à l'efficacité de cette méthode ont été documentées par Bateman et Fonagy, principalement au sein d'un hôpital de jour en Angleterre. Dans cette situation, les patient·e·s se rendent à l'hôpital pendant la journée, cinq jours par semaine pendant 18 mois. Le traitement inclut une thérapie de groupe d'orientation psychanalytique trois fois par semaine, de la psychothérapie individuelle, de la thérapie expressive via la réalisation d'art, de musique, et de programmes de psychodrame, ainsi que des médicaments si besoin. Des réunions d'équipe ont lieu quotidiennement et des consultations sont possibles. Les thérapeutes, avec l'aide d'un système basé sur un manuel, se concentrent sur l'état d'esprit actuel du·de la patient·e, identifient des distorsions dans la perception, et essaient ensemble de générer des perspectives alternatives chez celui·elle-ci, autant à propos de lui·d'elle qu'à propos des autres. Bien que de nombreuses techniques comportementales soient similaires à la TCD, une partie de la structure psychodynamique de la TBM chevauche la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). (Le·a lecteur·rice professionnel·le notera que les distorsions dans la mentalisation de la TBM incluent les concepts d'identité diffuse et de clivage du TPB, et que la difficulté avec les extrêmes dyadiques rappelle les paradoxes dialectiques théorisés dans la TCD).

A Dutch study comparing the intense day hospital MBT system described above with MBT on a less intensive outpatient basis revealed similar levels of significant improvement in symptoms with both approaches. However, the day hospital approach yielded more improvement in interpersonal functioning and quality of life and decreased self-harm.

Good Psychiatric Management (GPM)

Some years ago, Dr. John G. Gunderson recognized that most borderline patients did not have access to many of these specialized programs. Furthermore, most psychiatrists and other practitioners were not able to participate in formal training curricula to allow delivery of these programs. He developed what he felt was a more practical therapy process that combined cognitive, behavioral, and psychodynamic elements that he termed “good enough” for most therapists to provide and for most borderline patients to gain improvement from. Special attention is devoted to the borderline patient’s hypersensitivity in relationships.

Gunderson outlined eight basic principles for practitioners of GPM (many have counterparts in SET-UP; see chapter 5):

1. *Offer psychoeducation.* Depending on the patient, discussion of the BPD diagnosis, genetic and environmental contributions, and other clinical information may be appropriate (exhibiting *Understanding* as in SET-UP).
2. *Be active, not reactive.* Be responsive, involved, and interested (which would reflect *Support* and *Empathy*).
3. *Be thoughtful.* Model the idea of thinking before acting.
4. *Be real and professional.* Acknowledge mistakes. Some personal sharing is okay.
5. *Expect change.* Stick with realistic goals and don’t accept resignation (*Perseverance*).

Une étude néerlandaise comparant le système intensif de la TBM d'hôpital de jour décrit ci-dessus avec la TBM moins intense et sans hospitalisation a révélé des niveaux d'amélioration importante similaires au niveau des symptômes avec les deux approches. Cependant, l'approche de l'hôpital de jour a donné plus de résultats quant au fonctionnement interpersonnel, à la qualité de vie, et à une diminution de l'automutilation.

Le « Good Psychiatric Management » (GPM) [Bonne gestion psychiatrique]

Il y a quelques années, le docteur John G. Gunderson a reconnu que la plupart des patient·e·s borderline n'avaient pas accès à la plupart de ces programmes spécialisés. De plus, la plupart des psychiatres et autres praticien·ne·s n'étaient pas en mesure de participer à la formation qui leur permettrait de réaliser ces programmes. Il développa ce qui pour lui était un processus de thérapie plus pratique, combinant des éléments cognitifs, comportementaux, et psychodynamiques, qu'il qualifia de « suffisant » pour la pratique des thérapeutes aussi bien que pour le bénéfice des personnes borderline. Une attention spéciale est consacrée à l'hypersensibilité du·de la patient·e borderline dans ses relations.

Gunderson l'a résumé en huit principes basiques pour les praticien·ne·s du GPM (beaucoup ont des équivalents dans le programme SET-UP, voir chapitre 5) :

1. *Offrez de la psychoéducation.* En fonction du·de la patient·e, une discussion autour du diagnostic du TPB, des facteurs génétiques et environnementaux, et d'autres informations cliniques, peut être appropriée (en montrant de la *compréhension* comme dans SET-UP).
2. *Soyez actif·ve, pas réactif·ve.* Soyez sensible, impliqué·e, et intéressé·e (ce qui reflèterait le *soutien* et l'*empathie*).
3. *Soyez réfléchi·e.* Incarnez l'idée de réfléchir avant d'agir.
4. *Soyez vrai·e et professionnel·le.* Reconnaissez vos erreurs. Partager des informations personnelles est autorisé.
5. *Attendez-vous à du changement.* Gardez des objectifs réalistes et n'acceptez pas la résignation (la *persévérance*).

6. *Hold patients accountable.* Expect patients to be responsible for their actions (as in the *Truth* portion of SET-UP).
7. *Focus on life outside.* Emphasize social, interpersonal, and vocational concerns.
8. *Be flexible and pragmatic.* Improvise. Adjust to the needs of the patient.

GPM's primary goal of change occurs along three primary axes:

1. *Mentalization:* Learning to “think first.” Thinking before acting. Being aware of one's own feelings and identifying feelings and motivations of others (as in MBT).
2. *Social rehabilitation:* Establishing social and vocational routines. Developing better relationships. Improving the activities of daily living (as in DBT).
3. *Corrective experiences:* Expanding a reliable, trusting connection with the therapist that can be internalized as a model for outside relationships (as in TFP).

Comparing Treatments

A vignette may help demonstrate how therapists utilizing these various approaches might handle the same situation in therapy:

Judy, a twenty-nine-year-old single accountant, arrived at her therapist's office quite upset, after having an intense argument with her father, during which he called her a slut. When her doctor inquired about what prompted his slur, Judy became more upset, accusing the therapist of taking her father's side and throwing a box of tissues across the room.

A DBT therapist might focus on Judy's anger and physical outburst. He might empathize with her frustration, accept her impulsive gesture, and then work with her to vent her frustration without becoming violent. He might also discuss ways to deal with her frustration with her father.

6. *Responsabilisez les patient·e·s.* Attendez d'eux·elles qu'ils se responsabilisent de leurs actions (comme dans la partie *vérité* de SET-UP).
7. *Concentrez-vous sur la vie à l'extérieur.* Mettez l'emphase sur les inquiétudes sociales, interpersonnelles, et professionnelles.
8. *Soyez flexible et pragmatique.* Improvisez. Adaptez-vous aux besoins du·de la patient·e.

L'objectif principal de changement du GPM s'articule autour de trois axes :

1. *Mentalisation* : apprendre à « s'arrêter pour réfléchir. » Réfléchir avant d'agir. Être à l'écoute de ses propres besoins et identifier les sentiments et les motivations des autres (comme dans la TBM).
2. *Réhabilitation sociale* : établir des routines sociales et professionnelles. Développer de meilleures relations. Améliorer les activités de la vie quotidienne (comme dans la TCD).
3. *Expériences correctives* : établir une relation fiable et de confiance avec le·a thérapeute, qui peut être internalisée comme un modèle pour les relations externes (comme dans la PFT).

Comparaison des traitements

Un exemple peut aider à démontrer comment les thérapeutes utilisant ces différentes approches peuvent gérer la même situation en thérapie :

Judy, une comptable célibataire de 29 ans, arriva dans le bureau de son·a thérapeute assez contrariée, après une grosse dispute avec son père, pendant laquelle il lui avait dit qu'elle était une pute. Quand son·a médecin demanda ce qui avait déclenché son insulte, Judy se montra encore plus énervée, accusant le·a thérapeute de prendre la défense de son père et jetant une boîte de mouchoirs à travers la pièce.

Un·e thérapeute spécialisé·e en TCD pourrait se concentrer sur la colère et l'excès de violence de Judy. Iel pourrait montrer de l'empathie quant à sa frustration, accepter son geste impulsif, pour ensuite travailler avec elle pour qu'elle puisse exprimer sa frustration sans devenir violente. Iel pourrait également discuter de la façon de gérer sa frustration avec son père.

The SFT therapist might first try to correct Judy's misperception of him and reassure her that he is not angry at her and is totally on her side.

With MBT, the doctor may try to get Judy to relate what she is feeling and thinking at this moment. He may also attempt to direct her to thinking (mentalizing) about what she supposed her father was reacting to during their conversation.

The TFP therapist may explore how Judy is comparing him to her father. He might focus on her severely changing feelings about him at that moment in therapy.

The GPM doctor might first express his own alarm at Judy's violence. He may express regret for upsetting her. He might then point out her extreme reaction to his query and explore with her other ways to discharge her anger.

Other Therapies

A number of other therapy approaches, less studied, have also been described. Robert Gregory and his group at the State University of New York in Syracuse have developed a manual-based protocol, Dynamic Deconstructive Psychotherapy (DDP), specifically directed toward borderline patients who are more challenging or have complicating disorders such as substance abuse. Weekly individual, psychodynamically oriented sessions are directed toward activating impaired cognitive perceptions and helping the patient develop a more coherent, consistent sense of self and others.

Alliance-Based Therapy (ABT) developed at Austen Riggs Center in Stockbridge, Massachusetts, is a psychodynamic approach that focuses specifically on suicidal and self-destructive behaviors. Much like TFP, the emphasis is on the therapeutic relationship and how it impacts self-harming actions.

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), designed for the treatment of patients with borderline and other personality disorders, has been elaborated by a Canadian group.

Le·a thérapeute utilisant la thérapie des schémas peut d'abord essayer de corriger la perception erronée de Judy par rapport à lui·elle et la rassurer sur le fait qu'iel n'est pas fâché·e sur elle et qu'iel est entièrement de son côté.

Avec la TBM, le·a médecin peut essayer d'obtenir de Judy qu'elle explique ce qu'elle ressent et pense à cet instant. Iel peut aussi essayer de la faire réfléchir (mentalisation) à ce à quoi elle a pensé que son père réagissait durant leur conversation.

Le·a thérapeute PFT peut explorer la façon dont Judy le·a compare à son père. Iel peut aussi se concentrer sur les sentiments éprouvés envers lui·elle et qui changent de façon extrême à ce moment de la thérapie.

Le·a médecin GPM peut d'abord exprimer sa propre inquiétude par rapport à la violence de Judy. Iel peut verbaliser son regret de l'avoir contrariée. Iel peut ensuite pointer du doigt sa réaction extrême à sa demande et envisager avec elle d'autres façons de décharger sa colère.

Autres thérapies

Un certain nombre d'autres approches thérapeutiques, moins étudiées, ont aussi été dépeintes. Robert Gregory et ses collègues de l'Université de l'État de New York à Syracuse ont développé un protocole basé sur un manuel, la psychothérapie déconstruite dynamique (PCD), conçue spécifiquement pour les patient·e·s borderline les plus difficiles à traiter ou souffrant de troubles aggravants comme l'abus de drogue. Des entretiens individuels hebdomadaires, d'orientation psychodynamique, ont pour objectif d'activer les perceptions cognitives touchées et d'aider le·a patient·e à développer une image de soi et des autres plus cohérente et plus stable.

La thérapie basée sur l'alliance (TBA), développée au Centre Austen Riggs de Stockbridge, est une approche psychodynamique qui se concentre spécifiquement sur les comportements suicidaires et autodestructeurs. De façon fort similaire à la PFT, l'emphase est mise sur la relation thérapeutique et la manière dont celle-ci impacte les actions autodestructrices.

La psychothérapie psychodynamique intensive et brève (PPIB), créée pour le traitement des patient·e·s avec des troubles de la personnalité, dont le trouble borderline, a été élaborée par un groupe canadien.

Weekly individual sessions concentrate on unconscious emotions that are responsible for defenses and the connections between these feelings and past traumas. Treatment is generally expected to continue for a period of around six months.

Practitioners from Chile, recognizing the difficulty of providing intensive individual care for borderline patients, developed a group therapy system, Intermittent-Continuous Eclectic Therapy (ICE). Weekly ninety-minute group therapy sessions are conducted in ten-session cycles. Patients may continue with further rounds, as they and their therapists choose. A psychodynamic viewpoint guides understanding of the patient, but interpretations are minimized. The first part of each session is an open, supportive period in which unstructured discussion is encouraged; the second half is arranged like a classroom, in which skills are taught to handle difficult emotions (as in DBT and STEPPS).

Which Therapy Is Best?

All of these “alphabet soup” treatment designs endeavor to standardize the therapy, most utilizing manual-based programs, and have attempted to develop controlled studies to determine efficacy. All have evolved studies demonstrating the superiority of the formalized therapy over a comparative nonspecific supportive “treatment as usual.” Some research has studied comparative results among these different treatments.

One study compared the results of year-long outpatient treatments for borderline patients with three different approaches: DBT, TFP, and a psychodynamic supportive therapy. Patients in all three groups demonstrated improvement in depression, anxiety, social interactions, and general functioning. Both DBT and TFP showed significant reduction in suicidal thinking. TFP and supportive therapy were more effective in reducing anger and impulsivity. TFP performed best in reducing irritability and verbal and physical assault.

A three-year Dutch study compared results of treating borderline patients with SFT versus TFP.

Des entretiens individuels hebdomadaires se focalisent sur les émotions inconscientes qui sont responsables des défenses et des connections entre les sentiments et les traumatismes passés. Le traitement est généralement prévu pour une période d'environ six mois.

Des praticien·ne·s du Chili, reconnaissant la difficulté d'administrer des soins individuels intensifs aux patient·e·s borderline, ont développé un système de thérapie de groupe : la thérapie électorique intermittente continue (en anglais *ICE*). Des séances de thérapie de groupe hebdomadaires de 90 minutes sont organisées en cycles de dix séances. Les patient·e·s peuvent prolonger ces séances si eux·elles et leurs thérapeutes le souhaitent. Un point de vue psychodynamique guide la compréhension du·de la patient·e, mais les interprétations sont minimisées. La première partie de chaque séance correspond à une période ouverte et de soutien pendant laquelle une discussion non structurée est encouragée. La seconde moitié est organisée comme une salle de cours, dans laquelle des compétences sont enseignées pour apprendre à gérer les émotions difficiles (comme dans la TCD et STEPPS).

Quelle est la meilleure thérapie ?

Tous ces modèles de traitement en « soupe de lettres » ont pour but de standardiser la thérapie, la plupart en utilisant des programmes basés sur des manuels ; ces modèles ont essayé de développer des études contrôlées pour déterminer leur efficacité. Tous ont amené à des études avancées démontrant la plus grande efficacité de la thérapie formalisée par rapport à un « traitement ordinaire » d'aide non spécifique. Certaines recherches ont étudié les résultats comparatifs entre ces différents traitements.

Une étude a comparé les résultats sur des patient·e·s borderline d'un an de traitements en ambulatoire avec trois approches différentes : la TCD, la PFT, et une thérapie soutenante psychodynamique. Les patient·e·s des trois groupes ont démontré une amélioration pour ce qui est de la dépression, de l'anxiété, des interactions sociales, et de leur fonctionnement général. Autant la TCD que la PFT ont prouvé une réduction importante des pensées suicidaires. La PFT et la thérapie soutenante étaient plus efficaces sur la réduction de la colère et de l'impulsivité. La PFT s'est avérée la meilleure quant à la réduction de l'irritabilité et des attaques verbales et physiques.

Une étude néerlandaise sur trois ans a comparé les résultats du traitement des patient·e·s borderline par la thérapie des schémas versus la PFT.

After the first year, both treatment groups experienced comparable significant reductions in BPD symptoms and improvement in quality of life. By the third year, however, SFT patients exhibited significantly greater improvement and had fewer dropouts. A later study from the Netherlands compared the cost-effectiveness of these two psychotherapy designs. This investigation attempted to measure the cost of treatment with improvement in quality of life over time (determined by a self-administered questionnaire). Although quality of life measures after TFP were slightly higher than after SFT, the overall cost for comparable improvement was significantly more efficient with SFT.

A two-year study comparing BPD patients who had completed treatment with DBT and those with GPM showed mostly similar results. Both groups exhibited significant and comparable improvement in most measured areas. Over 60 percent of patients in both groups no longer qualified for the formal BPD diagnosis. Measures of quality of life were equally and significantly improved in both groups. However, this was mitigated by persistent deficits in independent living. In both groups, over half of the patients remained unemployed and over a third remained on disability support.

A one-year follow-up study with BPD patients comparing DDP and DBT found significant symptom reduction in both groups. However, DDP treatment experienced fewer dropouts and better outcomes.

Although all these studies are admirable attempts to compare different treatments, all can be criticized. Patient and therapist selection, validity of measures used, and the plethora of uncontrolled variables that impact any scientific study make attempts to compare human behavioral responses very difficult. Continued studies on larger populations may illuminate other therapeutic approaches that will be beneficial for many patients in aggregate.

Après la première année, les deux groupes de traitement ont observé des réductions importantes comparables de leurs symptômes du TPB et une amélioration de leur qualité de vie. Après trois ans, cependant, les patient·e·s de la thérapie des schémas démontraient une amélioration plus grande et moins d'abandons de traitement étaient constatés. Une étude réalisée plus tard par les Pays-Bas a comparé la rentabilité de ces deux modèles de psychothérapie. Cette étude a tenté de mesurer le coût du traitement par rapport à l'amélioration de la qualité de vie au fil du temps (déterminée par un questionnaire d'autoévaluation). Bien que les résultats de qualité de vie après la PFT étaient légèrement supérieurs à ceux de la thérapie des schémas, le coût total pour une amélioration similaire était beaucoup plus rentable avec la thérapie des schémas.

Une étude sur deux ans comparant des patient·e·s borderline ayant fini le programme de la TCD et ceux de la GPM a démontré des résultats similaires. Les deux groupes ont démontré une amélioration importante et comparable dans la plupart des domaines étudiés. Plus de 60% des patient·e·s des deux groupes ne rentraient plus dans les critères diagnostiques formels du TPB. La qualité de vie était améliorée de façon égale et significative dans les deux groupes. Cependant, ces résultats ont été nuancés par des problèmes persistants dans la possibilité de mener une vie indépendante.

Dans chacun des groupes, plus de la moitié des patient·e·s est restée sans emploi et plus d'un tiers a conservé une aide pour personne en situation de handicap.

Une étude de suivi d'un an avec des patient·e·s borderline comparant la PCD et la TCD a démontré une réduction importante des symptômes dans les deux groupes. Cependant, on a constaté moins d'abandons et de meilleurs résultats avec le traitement PCD.

Bien que toutes ces études soient des tentatives admirables de comparer différents traitements, toutes peuvent être critiquées. La sélection du·de la patient·e et du·de la thérapeute, la validité des mesures utilisées, ainsi que la pléthore de variables incontrôlées qui impactent toute étude scientifique rendent les tentatives de comparer les réponses du comportement humain très difficiles. Des études continues sur des populations plus larges peuvent mettre en lumière d'autres approches thérapeutiques qui seront bénéfiques à beaucoup de patient·e·s dans l'ensemble.

But given the complex variations rooted in our DNA, which make one person so different from another, unveiling the “best” treatment that will be ideal for every individual is surely impossible.

All successful therapeutic interventions have common features, particularly a reliable, trusting relationship with the therapist. And no specific approach has been proven to be consistently better than others. The treatment that demonstrates superiority in a majority of patients in a study may not be the ideal choice for *you*. This is no less true in the area of medications, where we find one size does *not* fit all. Thus, the primary point to be gleaned from these studies is not which treatment works best, but that psychotherapeutic treatment *does* work! Indeed, as the Dodo in *Alice’s Adventures in Wonderland* declares after a race, “Everybody has won, and all must have prizes!”

Unfortunately, psychotherapy has been figuratively and literally devalued over the years. Psychological services in general are reimbursed at a remarkably lower rate than medical services. Insurance payment to a clinician for an hour of noninterventional interaction with a patient (e.g., diet and behavioral adjustments to diabetes, instruction on caring for a healing wound, or psychotherapy) is a fraction of the payment for a routine medical procedure (minor surgical intervention, steroid injection, etc.). For one hour of psychotherapy, Medicare and most private insurance companies pay less than one-tenth of the reimbursement rate directed for many minor outpatient surgical procedures.

As the United States continues its quest to provide health care to more people in more affordable ways, there will be temptations to mandate treatments that are shown to be grossly equivalent but less expensive.

Mais étant donné des variations complexes qui sont enracinées dans notre ADN, qui rendent une personne si différente d'une autre, décider du « meilleur » traitement qui serait idéal pour chaque individu est vraiment impossible.

Toutes les interventions thérapeutiques fructueuses partagent des caractéristiques communes, en particulier une relation stable et de confiance avec le·a thérapeute. Aucune approche ne s'est révélée meilleure que les autres à tous égards. Le traitement qui démontre une supériorité chez une majorité de patient·e·s dans une étude n'est peut-être pas le choix idéal pour *vous*. Cela n'est pas moins vrai dans le domaine des médicaments, où l'on se rend compte que tout le monde réagit différemment. Par conséquent, la conséquence principale à tirer de ces études n'est pas qu'un traitement fonctionne mieux qu'un autre, mais plutôt le fait que le traitement par la psychothérapie fonctionne *bel et bien* ! De fait, comme le Dodo dans Alice aux Pays des Merveilles le déclare après une course : « Tout le monde a gagné, et tout le monde aura un prix ! »⁸

Malheureusement, la psychothérapie a perdu de façon littérale et figurée de la valeur aux yeux de la population au fil des années. Les services psychologiques sont en général beaucoup moins bien remboursés que les services médicaux.

Aux États-Unis, le remboursement de l'assurance santé d'un·e patient·e pour une heure d'interaction non interventionnelle avec un·e clinicien·ne (ex. : des ajustements comportementaux et de régime pour les personnes diabétiques, des instructions sur la façon de prendre soin d'une plaie en cicatrisation, ou de la psychothérapie) représente un montant très inférieur à un acte médical de routine (une petite intervention chirurgicale, une injection de stéroïdes, etc.). Pour une heure de psychothérapie, Medicare⁹ et la plupart des compagnies d'assurance santé privées paient moins d'un dixième du taux de remboursement prévu pour de nombreux des petits actes chirurgicaux en ambulatoire.

Aussi longtemps que les États-Unis poursuivront leur tentative d'offrir des soins de santé à plus de personnes de façon plus abordable, il y aura des tentations de prescrire des traitements qui ont démontré une vague équivalence mais qui sont moins coûteux.

⁸ Traduction de Henri Bué, consultable sur le site *Tous les contes* : <https://touslescontes.com/biblio/contes.php?iDcontes=354#cacasse>.

⁹ Medicare est une assurance santé aux États-Unis qui inclut deux parties : une concernant l'assurance en cas d'hospitalisation, l'autre qui inclut l'assurance médicale ("Welcome to Medicare").

It will be important to maintain flexibility in such a system, so that we do not denigrate the *art* of medicine, which allows individuality in the sacred relationship between doctor and patient.

Future Research and Specialized Therapies for BPD

In the future, advances in genetic and biological research may suggest how therapies can be individualized for specific patients. Just as no single medicine is recognized as better than the others in treating *all* BPD patients, no single therapeutic approach has been demonstrated to be better for all, despite attempts to compare approaches. Therapists should direct specific therapy approaches to different patient needs, rather than try to apply the fictional *best* approach to everyone. For example, borderline patients who are significantly suicidal or engaged in serious self-mutilating behaviors may initially respond best to cognitive/behavioral approaches, such as DBT. Higher functioning patients may respond better to psychodynamic protocols. Financial or scheduling limitations may favor time-limited therapies, whereas repeated destructive life patterns might dictate a need for longer-term, more intensive protocols. Some therapists closely follow a specific process laid down in a manual. Others may employ an eclectic therapeutic approach that combines various methods. In order to achieve the best fit (see chapter 7), the patient should understand and be comfortable with the practitioner's approach.

Just as most medical specialties (e.g., ophthalmology) have developed subspecialty areas for complicated situations or for the parts of the organ involved (e.g., retina, cornea), optimal treatment of BPD may be heading in the same direction. Some programs, for example, have been designed specifically for patients who self-mutilate. In the future, specialized centers of care for BPD, which feature experienced, specially trained professionals and focus on specific symptoms, may offer more effective treatment regimens.

Il sera important de maintenir de la flexibilité dans un tel système, pour ne pas dénigrer l'*art* de la médecine, qui laisse une place à l'individualité dans la relation sacrée entre le·a médecin et le·a patient·e.

Recherche future et thérapies spécialisées dans le TPB

Dans le futur, les avancées dans la recherche génétique et biologique aideront peut-être à comprendre la façon dont les thérapies peuvent être individualisées pour des patient·e·s spécifiques. De la même manière qu'aucun médicament n'est reconnu comme meilleur dans le traitement de *tou·te·s* les patient·e·s souffrant d'un TPB, aucune approche thérapeutique n'a démontré sa supériorité pour *tou·te·s*, malgré les tentatives de comparer les approches. Les thérapeutes devraient viser des approches de thérapie spécifiques aux différents besoins des patient·e·s, plutôt qu'essayer d'appliquer une approche qui serait miraculeusement *efficace* pour *tou·te·s*. Par exemple, des patient·e·s borderline qui sont suicidaires ou qui ont des comportements d'automutilations sévères peuvent d'abord répondre mieux aux approches cognitives/comportementales, comme la TCD. Des patient·e·s présentant moins de difficultés à vivre peuvent mieux répondre aux protocoles psychodynamiques. Des limitations financières ou horaires peuvent favoriser les thérapies courtes, alors que les schémas de vie destructeurs répétés nécessiteront peut-être des protocoles plus longs et plus intensifs. Certain·e·s thérapeutes suivent minutieusement un processus spécifique décrit dans un manuel. D'autres peuvent avoir recours à une approche thérapeutique éclectique qui combine plusieurs méthodes. Dans le but d'obtenir le meilleur résultat (voir chapitre 7), le·a patient·e doit comprendre et être à l'aise avec l'approche du·de la praticien·ne.

De la même façon que la plupart des spécialisations médicales (par exemple l'ophtalmologie) ont développé des domaines de sous-spécialisations pour des situations compliquées ou pour des parties de l'organe impliqué (la rétine, la cornée), un traitement optimal pour le TPB semble prendre la même direction. Certains programmes, par exemple, ont été conçus spécifiquement pour les patient·e·s qui s'automutilent. Dans le futur, des centres de soins spécialisés pour le TPB, qui comprennent des professionnel·le·s expérimenté·e·s, formé·e·s à cela et spécialisé·e·s dans des symptômes spécifiques, pourraient offrir des protocoles de traitement plus efficaces.

3 Commentary

3.1 Introductory words and the process of adaptation

This commentary will be divided into three main categories. First, I will start by analyzing the genre of the book, which is scientific vulgarization. I will define its concept and the audience I aim to reach as a translator. Then, I will continue with a stylistic analysis. I will discuss the difficulties I have faced with the psychiatric vocabulary, as well as my semantic choices. Throughout this commentary, I will include the translation challenges I have faced and how I chose to solve them. Lastly, I will have a section dedicated to the (de)stigmatization of the disorder and the way it is portrayed, as well as explaining the main differences between the second and third editions of the book.

As mentioned briefly in the introduction, the chosen book raises some issues, mainly in the way it has been linguistically framed. As a translator, I felt the need to reframe the text and not translate it literally. In other words, I made various adaptations, which will be discussed in this commentary. In his article « La notion d'adaptation en traduction », Bastin talks about how adaptation has long been seen as « une trahison, un crime, voire un manque de respect » (473) to to the author(s). He defines it as « le processus, créateur et nécessaire, d'expression d'un sens général visant à rétablir, dans un acte de parole interlinguistique donné, l'équilibre communicationnel qui aurait été rompu s'il y avait simplement eu traduction » (477). Indeed, the main translator's goal is to produce a text that will be understood by the target audience. He argues that the translator has to *understand* the text: « le traducteur est l'interprète du discours » (Leder and Seleskovitch qtd. in Bastin 474). In other words, the translator does not only have to copy the text into their own language, they have to adapt it so it will fit the target audience's culture.

The conditions he mentions as to why a translator would have to adapt a text are: « l'inefficacité du transcodage, » « l'inadéquation des situations, » « le changement de genre » and « la rupture d'équilibre communicationnel » (Bastin 475-476). « L'inefficacité du langage » refers to the words and idioms deemed “untranslatable,” such as wordplays (ibid.), which have been a problem in this translation. « L'inadéquation des situations » refers to mentions of the culture of the original text or references to it that would leave the target audience lost in regards to the meaning (ibid.). This has been a problem too, for example in the references to the health system of the USA. « Le changement de genre » is either a personal choice from the translator or from the person who asked them to translate the text (ibid.). Lastly, « la rupture d'équilibre communicationnel » is the main worry of the translator, as their goal is for the target text to be as

impactful as the original one and to as well understood by the target audience as it has been by the original audience (ibid.).

Those four conditions can be grouped into two times of adaptations: the first two ones represent « la ponctuelle » and the two last ones represent « la globale » (476). I have used both of these types of adaptations in my translation, as I will further explain it later in this commentary. Indeed : « L'adaptation globale, contrairement à la traduction peut devenir une adéquation, non pas au vouloir-dire (toujours objectivement saisissable et “linguistiquement” quantifiable), mais à la visée de l'auteur. Dans l'adaptation, cette adéquation à la visée est généralement objective, mais parfois aussi subjective » (ibid). Although the objectivity of such a work, especially when considering the concept of situated knowledge by Haraway, is debatable, the choices I decided to make do have scientific grounds. Those choices are also aligned to the authors' primary goal of the book, which is the destigmatization and popularization of the disorder.

The main reason behind this choice is because although this book is said to address patients, to me, it is not written in a way that would be beneficial to patients with BPD. Indeed, BPD people are said to be very sensitive, especially in regards to how others see them, and this book is almost dehumanizing in some aspects. However, I think the content in itself is extremely interesting and should be available for patients, but I do argue for a reframing of said content in order to offer techniques and knowledge to patients without being even more detrimental to their mental health. I believe that a literal translation would only perpetuate the stigma associated with BPD and mental illnesses and that a suggestion of adapted translation would be the first step towards diminishing the misconceptions associated with the disorder.

3.2 Generic analysis

3.2.1 Scientific vulgarization as a genre

I Hate You—Don't Leave Me, Understanding the Borderline Personality is a book that, as its title states it, wants to educate its readers to the psychiatric condition that is borderline personality disorder. The back cover of the book says that it addresses both patients and professionals. This implies that a vulgarization of the information given has to take place in order for the content to be understood by people who are not familiar with the disorder or medicine in general.

But what is vulgarization and what is its goal? The *Cambridge Dictionary* defines “vulgarization” as “the act or process of making something, or of something becoming, better known and understood by ordinary people”. Moreover, the *Merriam Webster* defines the verb “vulgarize” as “to diffuse generally: popularize”. Thus, vulgarization aims to educate as many

people as possible on a specific topic, hoping that reformulation will help the text to be understood by everyone. Scientific vulgarization, as it is linked to sciences, works as an act of popularization of science in order to make it understandable for more people, especially those who are not educated in such a field.

In his book *La vulgarisation scientifique*, Pierre Laszlo starts his introduction by saying that: « On a vulgarisation scientifique dès lors qu’une interrogation sur le monde sensible est communiquée dans des termes accessibles à tous » (3). Moreover, he adds that « Le scientifique est un citoyen comme un autre. Il est normal qu’il convie le reste de la cité à ses découvertes. Il y a là un devoir moral pour le scientifique, celui de dire merci, et de fournir un exemple pour les jeunes » (Laszlo 8). To Laszlo, vulgarization is not only helpful, but it is necessary. Just like the world allows scientists to research new information and discover things, they have to share this new knowledge to the rest of the citizens that normally would not have access to such detailed information. Not only do the scientists express their gratitude by doing so, but they also appear as examples for younger people, as the goal is not only to inform people, but to make younger generations want to delve into the study of sciences as well (ibid.).

3.2.2 Scientific vulgarization in the book

As to “genre”, the *Merriam Webster* describes it as “a category of artistic, musical, or literary composition characterized by a particular style, form, or content”. Indeed, Kreisman and Straus’ book, by explaining sciences in a simplified way, accessible to all, belongs to the vulgarization genre, more specifically of sciences. It offers high-level vulgarization, discussing therapy methods, possible causes of the disorder, as well as presenting case studies. As scientific as the information can be, it has to be understandable by all readers as it is said to address both patients and professionals. To do so, the authors chose not to develop certain subjects, and simplify other ones. For example, a sentence in chapter 8 has been revised between the second and third editions of the book:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 218)
Accepting that a good person could disappoint is difficult to comprehend; thus, the formerly good person mutates into an all-bad person. (The professional reader will note that distortions in MBT’s mentalization would include the concepts of <i>identity diffusion</i>	In addition, if the all-good person disappoints the borderline individual, the formerly good person can mutate into an all-bad person almost overnight.

<p>and <i>splitting</i>; the difficulty with dyadic extremes recalls the dialectical paradoxes theorized in DBT.)</p>	
--	--

Here, not only has the main point of the sentence been reformulated, but a parenthesis addressed to professionals has also been removed. Similarly, the authors do sometimes add that a concept they mention is too precise for such a book: “Stress or trauma, such as PTSD, can result in DNA methylation, a process that is far beyond the scope of this book; suffice to say here that it is a mechanism that turns a gene on or off” (Kreisman and Straus 64). They decide to name the concept, but not go further into it. This is not only a proof that the book belongs to the vulgarization genre, but also that the authors themselves are aware that some subjects are too complicated for a non-scientific audience.

As Laszlo states it, (scientific) vulgarization is absolutely necessary: « Après le pain, l’éducation est le premier besoin du peuple » (Danton qtd. in Laszlo 12). In this case, informing people gives them the possibility to explain their symptoms and act upon them. Not only do they learn about society, but they can also learn about themselves, which will help future care and support. Therapists do not have the same knowledge as psychiatrists either: they themselves need explanations on said disorders and possibilities of treatment. Furthermore, if scientific vulgarization is necessary, so is its translation. It could be argued that translation itself is a form of popularization, though not a simplification, but it allows a greater part of the population to be aware of existent knowledge. As I explained it in my introduction, research on BPD is still limited, especially outside of English-speaking communities. BPD patients expect adapted care and self-help tools, and such cannot be given to them if translation is not available. In the interview I did with Raphaël Gazon (see appendix 4), he explains that most research is done in English and that when a foreign professional comes to a French-speaking country to share their research, a translator, or rather an interpreter, is absolutely necessary. The scientist and the translator thus have to work together not only to translate words, but to be understood by the target audience.

3.2.3 Psychiatric translation

In their article called “Psychology Translation: Bridging Language Barriers in Mental Health”, the *NeuroLaunch* editorial team advocates for the importance of psychology translation and the need for collaborations between translators and mental health professionals. The team starts by defining this kind of translation: “Psychology translation, at its core, is the art and science of accurately conveying psychological concepts, terminologies, and therapeutic communications across linguistic

boundaries” (“Psychology Translation: Bridging Language Barriers in Mental Health”). Indeed, the translator allows knowledge to be communicated. Psychology (and here, psychiatric) translation thus focuses on sharing information on the progress that has been made within the field of mental health, as well as helping patients to understand—and be understood. Psychiatric translation is thus not only valuable to other mental health professionals or scientists, but it also is to patients. With the rising societal importance of mental health, it is more than necessary to develop it and educate translators on the field they are translating (ibid.).

However, the psychology translator faces many problems: they navigate through “cultural nuances and idioms” (ibid.), while being confronted with terminology issues, as “the field of psychology is rife with technical terms that may not have direct equivalents in other languages” (ibid.). This is to say that the translator has to understand both cultures, and not only translate literally; they have to have at least basic knowledge on the topic they are translating. While being literal could be damaging, being too distant from the original text could be too (ibid.). As the *NeuroLaunch* team states it, if a translator wants to delve into psychology, “cultural competence and sensitivity are non-negotiable in this field” (ibid.). Moreover, they add that for such a translation to be accurate yet non-violent to the target audience, “collaboration between translators and mental health professionals is key. By working together, linguists and psychologists can ensure that translations are not only linguistically accurate but also clinically relevant and culturally appropriate” (ibid.). It would thus not be a question of translating a written text, but rather reworking knowledge for it to be understandable by the target audience.

Their team concludes by saying that:

By breaking down language barriers in mental health, we’re not just translating words; we’re translating hope, understanding, and the possibility of a healthier, more connected global community. As we move forward, let’s remember that every accurately translated word in psychology has the potential to change a life, heal a mind, and bridge the gaps that separate us. (ibid.)

This quote is one of the main reasons why this thesis focuses on mental health: it is not only about translating words, it is about spreading knowledge, as well as empathy.

3.2.4 Target audience

As someone working with words, whether it be a writer or a translator, it is necessary to decide who one’s work is intended for. I will now further explain who the original text is aimed at, as well as this thesis and partial translation.

3.2.4.1 The original text

It is written on the back cover of the book that it is “an invaluable resource for those diagnosed with borderline personality disorder and their families, friends, and coworkers, as well as professionals” (Kreisman and Straus 2021). Thus, the book is aimed both at patients and at clinicians. In the e-mail exchange I had with one of the authors, Jerold Kreisman (see appendix 1), I asked him if he really considered the book to be helpful and accessible to both professionals and BPD patients. Furthermore, I asked him if he had received any feedback from his readers on which group(s) benefited most from his work. To this question, he replied:

I aimed the book for both a lay audience, including patients and their loved ones, and a professional audience, including copious references. I am aware the work has been of use for professionals and utilized in some psychology graduate courses, but I believe the wider audience has been the general population. (Kreisman 2025)

Four years after the third and latest edition of the book, he is still convinced that it could benefit anyone involved in some way with the disorder.

3.2.4.2 My translation

Although this double target audience is what interested me most in the book, I would not consider my translation to be aimed at both groups. Thus, this thesis is not primarily directed towards vulnerable patients in state of crisis as this book is not, as mentioned earlier, a self-help book. Rather, this thesis could be considered to be read by anyone interested in psychology, more specifically psychiatry and BPD, and by professionals who are looking for an introduction to the disorder as a start to their future specialization. By adapting my translation, I hope for it to be less harmful to patients: the goal of this translation is truly to diminish stigma, shame and fear. I aim this translation to anyone interested or involved in psychology: to do so, I decided to use standard French to allow this work to reach as many French-speaking people as possible.

This book being recommended to patients has been criticized by patients themselves. On forums like *Reddit*, people diagnosed with the disorder talk openly about their opinions on the book. Although some of them say that it helped them understand their symptoms and the impact they could have on others, most of them recognized they had been hurt by the authors' words and that it had actually made them feel worse: “That book felt really pejorative when I read it, especially when I expected it to be a borderline-focused (empathetic) perspective... instead I found a really

insulting, stereotyped image of the evil borderline and the poor people forced to suffer them... no thanks” (“I Hate You, Don’t Leave Me”). Another person asks on the same forum:

So when I got diagnosed earlier this year, my psychiatrist recommended this book. I had heard some mixed opinions about it, but picked it up earlier this month since she had suggested it. I’m a little ways in now and while a lot of it is accurate, I find a ton of it very demeaning, inaccurate, and offensive. The constant image the author portrays of borderlines being demanding, manipulative, and self-serving has been very detrimental to my mental health while reading this book. It feels like I’m reading my own case study on why I am a villain. Thoughts on this book?? (ibid.)

The conclusion seems to contradict the authors’ intentions: although they want their book to help patients, it seems to achieve the opposite. A lot of them have felt worse and even more stigmatized than they already were. This is why I would not recommend my translation to particularly vulnerable patients. Instead, I would, as mentioned earlier, offer it to professionals who are looking to educate themselves on the topic, or to patients who have been warned about the book’s potential lack of empathy. Indeed, no collaboration between professionals and patients is described in the book, only the case studies give the impression of hearing patients as they include direct quotes: “I don’t understand myself. All I know is, this borderline personality of mine has forced me into a life where I’ve cut everyone out. So it’s very, very lonely” (Kreisman and Straus 23). This allows the reader to delve into the patient’s story, as well as have their own point of view rather than always a medical one. However, the book includes a warning stating that “The stories that begin many chapters, and other case history material throughout the book, have been developed from composites and do not represent any actual person, living or dead” (Kreisman and Straus). This confirms that no direct collaboration took place and that every said thing comes from the authors’ point of view. One of the most effective therapy techniques (DBT) for BPD was invented by Marsha Linehan who herself is diagnosed with the disorder: should this not be a sign that such a collaboration has to happen?

3.2.5 References to the American health system

The book was written in the USA, it thus includes American references. Although it was simple to adapt the school references to the French system, the discussion around insurance and its difficulties was not. Indeed, the insurance system of the USA and the French one are not similar: this section has thus not been adapted to the French system. There are three occurrences of this problem in my translation of chapter 8, the first one simply mentioning “insurance”:

Original text	Translation (p. 48)
Because these therapies are time and labor intensive, usually expensive, and often not fully covered by insurance (e.g., insurance does not cover team meetings between therapists, as required in formal DBT—see Dialectical Behavioral Therapy on the following page), most of the studies exploring their efficacy have been performed in university or grant-supported environments.	Puisque ces thérapies prennent du temps et du travail, sont souvent chères, et bien souvent pas entièrement couvertes par l'assurance santé ¹⁰ (par exemple, l'assurance santé ne prend pas en charge les rendez-vous d'équipe entre les thérapeutes, comme exigé dans la TCD classique – voir la Thérapie Comportementale Dialectique), la plupart des études portant sur leur efficacité ont été menées à l'université ou dans des contextes subventionnés.

Here, the word “insurance” appears two times, and the solution I found was to tell the reader that what is being discussed is related to the health system of the USA, as I mention it in a footnote. The other option would have been to adapt the discourse to France, but I preferred to stay literal to the authors and let the French-speaking reader aware of this foreign situation. The translation of the term “insurance” was a difficulty too, as what would be called « la mutuelle » in Belgium does not correspond to the French « assurance santé ». As I chose to translate the school references using the French system, I also opted for the French reference.

A second occurrence of the reference to the health system of the USA appears in chapter 8 too:

Original text	Translation (p. 61)
Insurance payment to a clinician for an hour of noninterventional interaction with a patient (e.g., diet and behavioral adjustments to diabetes, instruction on caring for a healing wound, or psychotherapy) is a fraction of the payment for a routine medical procedure (minor surgical intervention, steroid injection, etc.). For one hour of psychotherapy, Medicare and most private insurance companies pay less than one-tenth of the	Aux États-Unis , le remboursement de l'assurance santé d'un·e patient·e pour une heure d'interaction non interventionnelle avec un·e clinicien·ne (ex. : des ajustements comportementaux et de régime pour les personnes diabétiques, des instructions sur la façon de prendre soin d'une plaie en cicatrisation, ou de la psychothérapie) représente un montant très inférieur à un acte médical de routine (une petite intervention chirurgicale, une injection de stéroïdes, etc.).

¹⁰ Référence au système de santé des États-Unis, différent de celui de la France.

reimbursement rate directed for many minor outpatient surgical procedures.	Pour une heure de psychothérapie, Medicare ¹¹ et la plupart des compagnies d'assurance santé privées paient moins d'un dixième du taux de remboursement prévu pour de nombreux des petits actes chirurgicaux en ambulatoire.
--	---

This section goes further within the subject of the state of health insurance in the USA. Again, I used the term « assurance santé » to be consistent throughout my translation. I had two options: the first one would have been to delete this section, or completely rewrite it based on the French system. The second one was to add the mention—within the text—that the discussion was about the United States of America. Although this is not directly relevant to French readers, it is an important part of the lack of access to mental health care—which could directly influence any study based on patients in therapy. Moreover, many European people are aware of the situation of the USA's health insurance system. This did not seem like an obstacle to the understanding of the section by my target audience. However, when “Medicare” is mentioned, a question arises: will people outside of the USA understand this reference and what it holds? My decision was to keep its mention, but to add an explanation to it in a footnote.

3.3 Stylistic analysis

Jerold J. Kreisman and Hal Straus's book presents itself, as mentioned above, as scientific vulgarization. The authors alternate between sharing case studies and scientific information: the case studies are generally introductions to the knowledge they are about to share. In them, they use simple vocabulary, in other words, they do not include specific psychiatric terminology. Case studies are told as a story, fact after fact, and are mainly records of the patient's medical history. However, the scientific information is harder to understand, as the authors reference actual medical terms: “Dysfunction in some of these neurotransmitters, such as serotonin, norepinephrine, dopamine, glutamate, and others, are associated with impulsivity, mood disorders, dissociation, and other characteristics of BPD” (Kreisman and Straus 64). Although a book directed to clinicians would have probably delved deeper into the subject, this introduction with no further explanation leaves the reader with only a partial understanding of what is being said.

¹¹ Medicare est une assurance santé aux États-Unis qui inclut deux parties : une concernant l'assurance en cas d'hospitalisation, l'autre qui inclut l'assurance médicale (“Welcome to Medicare”).

3.3.1 The authors' writing tone

Throughout the book, the tone of the authors is rather patronizing. The *Merriam Webster* describes the term “patronizing” as “showing or characterized by a superior attitude towards others: marked by condescension”. Indeed, the authors use certain words that carry negative connotations. It seems that in some passages of the book, for example in chapter 2 when discussing the comorbidities of BPD, the authors forget they are also addressing patients. This is not to say that it would be acceptable to objectify patients while talking to other clinicians, but rather that the reader can feel dehumanized in the words chosen by the authors. Although I cannot debate on the veracity of the facts presented as a translator, I can discuss the use of language and its potential consequences on the readers. Indeed, sentences such as “The borderline individual may focus on his physical ills, **complaining loudly and dramatically** to medical personnel and acquaintances, in order to maintain dependency relationships with them” (Kreisman and Straus 31). The words chosen lack empathy and even express a feeling of being annoyed by such patients. Later on, another example appears when talking about personality disorders: “Both can **exploit** others; both **demand** almost **constant attention**” (id. 33). First, the verb “exploit” has very negative connotations (similar to the ones associated with “manipulate”, see point 3.4.5) and implies almost evil intentions. Then, “constant attention” is infantilizing, especially when associated with the verb “demand”, suggesting that patients not only need, but command their care takers to give them attention. The authors do not seem to be neutral about the subject, expressing a sort of irritation, despite addressing the fact that the book wants to destigmatize the disorder. Throughout the chapters I decided to translate, various words and idioms are stigmatizing, especially in the case studies. For example, the terms “well-travelled patient” (id. 27), “to exploit” (id. 33), “manipulativeness” (id. 34) can be questioned.

3.3.2 Addressing the reader

Christiane Nord, in her reflection on Bible translation, identifies the “Four-Function Model” (571), in which she shares Jacobson’s conception of language function. Indeed, he explains that not only do the three main functions matter, meaning “the sender,” the receiver,” and “the object of reference,” but also does a fourth function, called “the sender-receiver relationship” (Jacobson qtd. in Nord 572). This relationship is also called the “phatic function” (Nord 572), considered the most important one by Nord (ibid.). The next one is “the referential function” (id. 573), which “relies on an appropriate balance between the information mentioned explicitly in the text and the information that is not mentioned because the addressee is supposed to be familiar with it” (id.

574). In other words, the reader—or rather the “addressee”—is expected to have some basic knowledge about the subject, without which it would be hard for them to understand it (ibid.). The third function is the “expressive” one, which is “related to the sender’s attitude towards the things and phenomena of the world or of a particular world” (ibid.), meaning that something mentioned implicitly in an original text, might not be understood as such by the target audience (ibid.). The last one is “the appellative function,” which tries to make the reader react: “In order to persuade someone to do something or to share a particular viewpoint, we appeal to their secret desires or their sensitivity (id. 575). All four functions aim at taking the relationship between the sender and the receiver into account, here the translator and the reader. In other words, addressing the reader, acknowledging their own knowledge, taking into account their cultural views and ways of understanding a text, as well as their expected reaction, are all important part of communication.

In Kreisman and Straus’ book, the authors do not often refer directly to the reader. Rather, they talk to an hypothetical patient, using the third person. However, in the two and a half chapters that I translated, they directly address the reader twice, both in chapter 8:

Original text	Translation (p. 48)
So the reader is advised to read the remainder of this chapter with an eye toward at least becoming familiar with specific approaches, as she will likely see them (and their acronyms) again at some point during the therapeutic process.	Il est donc conseillé au·à la lecteur·rice de lire le reste de ce chapitre avec l’intention d’au moins se familiariser avec les approches spécifiques, étant donné qu’iel les reverra (ainsi que leur acronyme) durant le processus thérapeutique.

Here, the reader is considered as a non-professional person, as they are advised to pay close attention to the next paragraphs. Furthermore, they are also considered as a patient: the authors refer to them as someone who will go—or, is going—through a therapy process. We can also note that the authors assume the reader to be a woman, as they use the third person pronoun “she”. The reader is thus addressed directly and expected to react in a certain way to the given information: the phatic and the appellative functions are used.

Original text	Translation (p. 55)
(The professional reader will note that distortions in MBT’s mentalization include the concepts of identity diffusion and splitting in TFP; the difficulty with dyadic extremes recalls the dialectical paradoxes theorized in DBT.)	(Le·a lecteur·rice professionnel·le notera que les distorsions dans la mentalisation de la TBM incluent les concepts d’identité diffuse et de clivage du TPB, et que la difficulté avec les extrêmes dyadiques rappelle les paradoxes dialectiques théorisés dans la TCD.)

Nonetheless, in this section here (from chapter 8 as well), the authors refer to a potential professional reader. The main function here is the referential one, acknowledging that the reader already has basic knowledge about what they are reading, they are invited to make further links (appellative function).

3.3.3 My translator's point of view

Overall, the main problem that I have faced in the book as a translator is not its content, but rather how it has been linguistically framed. As I will explain it later in my commentary, many word choices still convey stigma, which goes against the authors' will of destigmatization. I advocate for a less stigmatized version by suggesting a translation in which words have been rethought. The changes I made will be explained throughout this commentary. I argue for a collaboration not only between patients and psychiatrists, but also between psychiatrists and linguists. In other words, the knowledge of a psychiatrist, here Jerold J. Kreisman, cannot be denied. However, his ability to frame sentences and express ideas without being hurtful to the people diagnosed with a mental illness could be questioned.

Moreover, when analyzing the second and third editions of the book, I observed that the changes were mainly about content, not about form. The main linguistic change that was made was in the way of referring to patients, as I will detail it in point 3.5.1. This means that, as the authors discuss it in their note to the reader, they do not mean to offend BPD people nor to spread more stigma around the disorder. This is to say that this is not a problem about intentions, but rather about the ability to frame ideas in a way that would be as non-stigmatizing or rather, non-judgmental, as possible.

3.3.4 Has the authors' goal been achieved?

In the preface, it is written that this book was a response to the "primary author's frustration, as a clinician, over the lack of organized information for the general public and for many professionals about a disorder that was either mostly unknown or terribly misunderstood" (Kreisman and Straus "Preface"). Indeed, not only do the authors want to popularize the disorder, but they also want to spread scientific information to try and erase misconceptions. The book has indeed been considered as a solid introduction to the disorder, informing both professionals and people that are not part of the medical field. As I will explain it later in my commentary, a lot of changes were made between the last two editions, especially in the way of referring to patients, as a lot of thought

has been put into whether or not those terms could be hurtful. This book offers new possibilities of treatment for a disorder that has long been considered incurable. It offers new views on the disorder, for example by developing its roots: the “nature versus nurture” aspects (id. 63-66). It is also important to remember that it was first published in 1989, after Adolf Stern used the word “borderline” for the first time in 1938 (see point 3.4.2). Research was still recent and it has since then expanded a lot. The authors’ will to educate about the disorder and try and deconstruct misconceptions as much as possible has definitely been achieved to a certain degree.

Nonetheless, as will be discussed later in this commentary, a few elements hold the book back from being completely destigmatizing. Indeed, not only do the authors mainly use the feminine pronoun to refer to BPD patients, but they also still use words such as “manipulation” in their descriptions. The gender-based approach to the disorder not only discriminates women, but it also invalidates men and non-binary people. Moreover, the term “manipulation,” especially translated into French, holds a lot of negative misconceptions, putting the blame on the patients in our day-to-day use of language. This will be further discussed later in this thesis, but it seems quite contradictory for the authors to want to destigmatize the disorder, yet still continue to use old theories that are legacies of the past. Although the book could be considered as a great resource on the disorder, a fourth edition, and probably a change of title and use of pronouns, would help make it more empathetic and less stigmatizing. The use of the word “manipulative” will be discussed in point 3.4.5, but it is necessary to mention that “manipulation” has been erased from the diagnostic criteria of BPD in the third edition:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 39) ¹²
Criterion 2. Unstable and intense interpersonal relationships, with marked shifts in attitudes toward others (from idealization to devaluation or from clinging dependency to isolation and avoidance), and prominent patterns of manipulation of others.	Criterion 2. Unstable and intense interpersonal relationships, with marked shifts in attitudes toward others (from idealization to devaluation or from clinging dependency to isolation and avoidance).

Removing the diagnostic criterion yet keeping references to it in descriptions throughout the book is contradictory and illogical—whether they are legacies of past editions or voluntary, they surely will have to be revised to be able to state that the process of destigmatization has been entirely achieved. Moreover, another association between BPD and sexual minorities (even sexual deviances) disappeared between the two editions:

¹² Although this passage has not been chosen for translation, it seemed important and relevant to the discussion.

Second edition (2010)	Third edition (2021: 45) ¹³
Even sexual identity can be a source of confusion for the borderline. Some writers have noted an increased incidence of homosexuality, bisexuality, and sexual perversions among borderline personalities.	Even sexual identity can be a source of confusion in the borderline experience.

Looking at the second edition, the reader associates BPD with the LGBTQ+ community, even with “sexual perversions”. Sexual perversions (now referred to as “paraphilia”) are associated with non-consensual sexual acts (“Sexual perversions: Causes, Symptoms, Diagnosis and Treatment”) which is a very strong thing to say without referencing it. The lack of reference is probably the reason behind this change in the third edition. However, the sentence they chose to keep raises some questions too as it is not referenced either. The authors still suggest an association between confusion around sexual identity and BPD. This being said with no reference attached raises issues on the scientific grounds of the book in itself as well as on its objectivity. Moreover, the mention of “sexual perversions” is still in the third edition: “A borderline patient may develop specific phobias as he employs magical thinking to deal with fears; **sexual perversions** may evolve as a mechanism to approach intimacy” (Kreisman and Straus 36). Again, the reader is not given any reference to this statement.

3.4 Semantic and lexical choices

3.4.1 The title

I will now explain some of the semantic and lexical challenges I have faced, as well as the stigma that I think is still being portrayed by the book. As mentioned in the title of this thesis, the original title of the translated book is *I Hate You—Don’t Leave Me, Understanding the Borderline Personality*. I have come up with two different possibilities of translation, a literal one and an adapted one. I will detail both of them and explain why I prefer the adapted one.

If I were to translate it literally, it would be something like *Je te déteste, ne me quitte pas : comprendre la personnalité borderline*. First, I chose to emphasize BPD’s main diagnostic criterion, meaning “fear of abandonment” (see point 1.2) by saying « ne m’abandonne pas ». It seems to offer a better introduction to the reality of the disorder. Then, the main problem resides in the second

¹³ Again, this passage was not chosen for translation but was relevant to the discussion.

part of the title, which is to say “understanding the borderline personality”. Although it was probably a conscious choice to keep the original title from the first two editions of the book, I find it incoherent to the authors’ goal mentioned in the preface and to the changes they decided to make in the third edition (see point 3.5.1). This suggests that BPD is not a disorder but simply a type of personality: the *borderline* one. The main change that occurred between the second and third editions is going from saying “the borderline” to “the borderline individual”. It seems odd and contradictory to choose to refer to people with BPD differently to avoid stigma, while keeping the main title as stigmatizing as it was in the first edition.

Therefore, I would suggest this to be the translated title: *Je te déteste, ne m’abandonne pas : comprendre le trouble de la personnalité borderline*. It depicts one of the main struggles that someone with BPD has to go through—abandonment and the phobia of it. Moreover, it allows the reader to see BPD not as a type of personality (which would be inherent to the person) but rather as a personality disorder.

3.4.2 The term “borderline”

A number of stereotypes are or have been assigned to the disorder, for example based on gender, which will be developed in point 3.5.3. Here, I hope to explain the origins of the term “borderline” and thus of BPD, and explain the different options of translation between which I had to choose. In their article called “Diagnosing Borderline Personality Disorder”, Biskin and Paris explain the origins of the disorder. The term “borderline” was first used by Adolf Stern, a psychoanalyst, in 1938 to “refer to a group of patients whose conditions worsened during therapy and who showed masochistic behaviour and psychic rigidity, indicating a protective mechanism against any perceived changes in the environment or within the individual” (Biskin and Paris 1789). Later, the term was used by Otto Kernberg in the 1960s and the 1970s to refer to patients that showed symptoms of both psychosis and neurosis, that were at the “borderline” of those illnesses (“Historique du terme « borderline » dans le trouble de la personnalité limite”). It was then considered as a disorder with specific diagnostic criteria by Gunderson and Singer (Biskin and Paris 1789). It is in the third edition of the *DSM (DSM-III)*, published in 1980 by the American Psychiatric Association, that it was first officially introduced (*ibid.*).

Even to this day, many question the term “borderline” and the name of BPD because they fear it would continue to convey a sort of stigma. Some have postulated that it did not exist and would in fact be another disorder such as Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), or that it did not fit the criteria of a personality disorder (“Historique du terme « borderline »”).

Although those are interesting debates, I will now focus on the possible translations of the disorder and the reason why I chose one rather than the other.

In the French-speaking community, there exist three ways of referring to the disorder: « le trouble de la personnalité borderline », « le trouble de la personnalité limite » and lastly, « le trouble de l'état limite ». The last one being the least frequent one, I will thus focus on the first two suggestions. « Limite » literally means “borderline” in French, it would thus maybe be more logical to use it to refer to the disorder as easily as possible, which would give us the acronym « TPL » rather than the « TPB » one I decided to use. However, BPD is still not as known in francophone areas as in anglophone ones and considering that, generally speaking, clinicians prefer to use the term “borderline” (see appendices 2 and 3), I decided to keep « le trouble de la personnalité borderline ». Moreover, the disorder was first described in the United States of America, meaning that it is originally not a French concept. In short, there are no real differences between the two ways of referring to the disorder, and both are written on the French version of the *DSM* online, where it is called « Trouble de la personnalité limite (borderline) » in its version to health professionals. In its version to the general public, it is simply called « Le trouble de la personnalité borderline (TPB) » (“MDS: Trouble de la personnalité borderline”). My choice of referring to it as « borderline » and not « limite » is thus of personal preference and convenience.

Although I stayed consistent with the use of « borderline », there is one occurrence in which I lost a wordplay to it. This example is to be found in chapter 2:

Original text	Translation (p. 16)
What is a “personality disorder”? What exactly does borderline border ?	Qu'est-ce qu'un « trouble de la personnalité » ? Quelles sont les limites du trouble borderline ?

Here, the wordplay would have been preserved if I had chosen to translate “borderline” by « limite ». At first, I had translated the question by saying: « Quelles sont les limites du trouble limite ? » as the word would have been repeated just like in the original sentence. However, although it would have preserved the wordplay, the meaning of it would have been lost as « limite » had not been introduced in the translation before. This would have confused the reader. I have thus lost the original wordplay. This is one of the reasons that Bastin identified for an adaptation, meaning « l'inefficacité du langage, » I have however not found any better solution.

3.4.3 Acronyms

Another challenge that arose was about the acronyms. Indeed, some of them do not have any official translation in French. There are two reasons for this. The first one being that some of those concepts have not made their way to French-speaking countries yet, the second one being that those acronyms are mainly used in therapy as mnemonic ways to remember specific skills: their literal translation would cancel their purpose, yet a creative translation is not always possible. In the first case, I chose to leave it in English and translate it in brackets for a potential reader who would not speak or understand English. Moreover, considering that the concept of the therapy approach has not come to France yet, I evaluated it as logical to keep its name in English. For example, that occurred with a therapy approach:

Original text	Translation (p. 51)
Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)	Programme <i>STEPPS</i> (<i>Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving</i>) [Entraînement systémique à la prédictibilité émotionnelle et à la résolution de problèmes]

In the second case, which is the one I will be discussing here, the translation of the acronyms is a problem to which I have not found any satisfactory solution. I will share the translation I chose and explain the other possibilities that I explored. The problem is not only that each translated word does not correspond to its original letter, but it is also an obstacle to the understanding (and memorizing) of the acronym. Indeed, the example of the acronym “STAIRWAYS” is a challenge, both for the translator and the patient. The first problem is the acronym in itself: should it stay as “STAIRWAYS” in the French translation, or should it be completely adapted and thus renamed (we would for example have « ESCALIERS » instead). The second one is to have the matching word to each letter translated into a French word that would also start with that letter:

Original text (2021: 215)	Option 1: creative translation
A second phase of STEPPS is STAIRWAYS (setting goals; trusting; anger management; impulsivity control; relationship behavior; writing a script; assertiveness training; your journey; schemas revisited).	Une deuxième phase du programme STEPPS est <i>STAIRWAYS</i> (Se fixer des objectifs, plus de peur de Trahison, Apprendre à gérer sa colère, contrôler l'Impulsivité, bien se comporter dans les Relations, <i>Wrap</i>

	ton plan, s'entraîner à l'Assertivité, Yoga de la pensée, revisite des Schémas de pensée).
--	---

I started by deciding to keep the original acronym, here “STAIRWAYS”, in my translation. I do not feel satisfied with this choice but it seems to be the most common translation choice, at least in DBT. After my interviews with some mental health professionals (see appendices 2 and 3), they explained to me that, although they were not satisfied with such expressions, therapy included non-translated words, such as acronyms, especially in DBT. To their knowledge, the solution that currently exists is to keep the name of the acronym in English, yet translate each corresponding word in a way that would keep the same initial—with one or a few words if needed. For example, I found the official French translation¹⁴ of the DBT workbook (by Marsha Linehan) which, for example, includes three main acronyms in the second module, called “Interpersonal Effectiveness”. The three main skills are called DEAR MAN, GIVE and FAST (Linehan 196), and have not been translated into French—only their meaning has, with a word or idiom respecting and explaining each letter. Thus, this could be considered as a rather creative translation, and is what I first intended to do.

Different problems arise. Although the acronym seems natural in English, each letter corresponding to one to three words, I have not found a way to keep the same effect in French without making their meaning longer. Moreover, some letters, such as W and Y, have been more problematic than others and I would not evaluate this approximative translation as publishable. Indeed, the list of words starting with the letters W and Y are limited in French, which made me first try to still use English words (“*Wrap* ton plan”) and then to create new idioms (“Yoga de la pensée”) which, now looking back at them, do not match the original meaning of the acronym and would not make it easy to remember for the patient.

I had to find another solution and although I do not feel satisfied with my current proposition, I had to choose a translation that was not too long—as it is supposed to be memorized—nor too different from the original letters. Unfortunately, this has been almost impossible and I was faced with a translation that did not match all letters of the acronym:

Original text (2021: 215)	Option 2: literal translation (my choice, p. 51)
A second phase of STEPPS is STAIRWAYS (setting goals; trusting; anger management; impulsivity control; relationship behavior;	Une deuxième phase du programme STEPPS est <i>STAIRWAYS</i> (se fixer des objectifs, faire confiance, apprendre à gérer sa colère, contrôler l'impulsivité, bien se

¹⁴ French translation by Rosetta Nicastro, Nader Perroud and Paco Prada (see *Documents et fiches de travail pour l'entraînement aux compétences de Thérapie Comportementale Dialectique*, 2^{ème} édition).

writing a script; assertiveness training; your journey; schemas revisited).	comporter dans les relations, planifier, s'entraîner à l'assertivité, l'évolution de chacun, l'examen des schémas de pensée). ¹⁵
---	--

The only solution I found was to add a footnote to clarify that it is a literal translation of an English acronym, and mention its original meaning. This would probably not work in a therapeutic environment as a mnemonic way to remember a particular skill.

3.4.4 Medical and psychiatric terminology

3.4.4.1 Therapy methods

As mentioned in point 3.2.3, psychiatric translation faces various difficulties, such as terminology. In addition to the problems already mentioned about acronyms, some therapy methods included in chapter 8 of the book do not have an equivalent in France as they have not been officially introduced there yet. One example in the translation is:

Original text	Translation (p. 56)
Good Psychiatric Management (GPM)	Le « Good Psychiatric Management » (GPM) [Bonne gestion psychiatrique]

Here, I decided to leave the name in English as the concept is only slowly coming to the ears of French-speaking psychiatrists. The concept appeared in Gunderson's book named *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder* (2014), which has not been translated into French yet. Few articles are available online and they mainly keep the original name: it only felt right to stay true to those articles. Next to it, I translated GPM literally in brackets for the reader to understand, although the concept is defined in the same section.

However, for some other therapy methods discussed in chapter 8 of the book (subchapter "Other Therapies"), I could not find any French articles on the subject, which made me guess that such methods were still unknown to French-speaking mental health professionals. Indeed, the authors state it too, introducing those last approaches as having been "less studied" (Kreisman and Straus 222). In this subchapter, four therapy techniques are discussed, for which I had the same problem. For example:

Original text	Translation (p. 59)
---------------	---------------------

¹⁵ Il s'agit d'une traduction de l'acronyme anglais *STAIRWAYS* voulant dire *setting goals; trusting; anger management; impulsivity control; relationship behavior; writing a script; assertiveness training; your journey; schemas revisited*.

Practitioners from Chile, recognizing the difficulty of providing intensive individual care for borderline patients, developed a group therapy system, Intermittent-Continuous Eclectic Therapy (ICE) .	Des praticien·ne·s du Chili, reconnaissant la difficulté d'administrer des soins individuels intensifs aux patient·e·s borderline, ont développé un système de thérapie de groupe, la thérapie éclectique intermittente continue (en anglais ICE) .
--	--

I was here faced with two difficulties: the translation of the therapy itself, as well as its acronym. By this, I mean to say that I translated literally a concept for which I could not find any French reference. I could have either left it in English, as I did with GPM, but GPM is starting to get known and its name has been conserved. Here, I had to make the choice myself, and I decided to translate the therapy technique for it to be understandable by the reader, although they are probably not familiar with the concept yet. I chose to keep the original English acronym in parenthesis to have a direct reference to the original therapy method.

The website *Translation Excellence* has an article called “Translating Concepts that Don’t Exist in your Language: How, Why, and When” written by Nikzad. He discusses that “even though some words may not have a direct equivalent in other languages, translators can still provide readers with an understanding of the concepts of translation for these words” (“Translating Concepts”). In other words, if the name of a concept does not evoke anything to the reader, then the translator’s role is to make them *understand* this concept. This is to say that even though my literal translation will probably not evoke a direct concept in the reader, they will at least be given an explanation to it. In this context, every therapy method was then described in vulgarized words, which allows the French-speaking reader to understand the purpose of such therapy techniques.

3.4.4.2 Pharmaceutical references

Another challenge of this translation was the pharmaceutical references. This example is from chapter 1, it mentions a brand of laxatives, called “Ex-Lax” when referring to a patient struggling with an eating disorder. An adaptation has had to be made. I replaced it with the French translation of laxatives, « laxatifs », as a direct equivalence in French does not—to my knowledge—exist.

Original text	Translation (p. 29)
What she couldn’t get rid of by vomiting she eliminated in other ways: she ate squares of Ex-Lax as if they were candy.	Ce qu’elle ne pouvait pas éliminer en vomissant, elle l’éliminait d’autres façons : elle prenait des laxatifs comme s’il s’agissait de bonbons.

Here, another option would have been to name a popular brand of laxatives to stay as “precise” as the original text. However, I decided to stay more vague and not use the name of any brand as it does not add to the understanding of the information.

3.4.5 Stigmatizing adjectives

3.4.5.1 “Manipulative”

Although some stigmatizing elements have been deleted (see point 3.3.4) in the third edition of the book, it is not the case for the entirety of it. Indeed, some adjectives or ways of referring to patients are questionable, especially if translated literally into French. Do such words have the same meaning when translated? Is it a legacy of the past or words that are still used in the field of mental health treatment? Two of them caught my attention and will be discussed into this subpoint.

The first one is linked to manipulation, which appears various times in the chapters that I translated:

Original text	Translation (p. 19)
Schizophrenic patients are usually much more severely impaired than borderline patients and less capable of manipulating and relating to others.	Les patient·e·s schizophrènes sont généralement beaucoup plus gravement perturbé·e·s que les patients borderline et moins à même d’établir des liens avec les autres ou de les amener à exprimer leur affection .

In the subchapter analyzing the similarities and differences between BPD and other mental disorders, schizophrenic patients are said to be “less capable of manipulating and relating to others” than borderline ones. Schizophrenic patients seem to be considered on the same level as BPD ones in terms of stigmatization. Another example appears in the same chapter:

Original text	Translation (p. 23)
The person with histrionic personality disorder shares with the borderline personality tendencies of attention-seeking, manipulativeness , and shifting emotions.	La personne souffrant d’un trouble de la personnalité histrionique partage certaines tendances du trouble de la personnalité borderline : quête de l’attention d’autrui, stratégie inconsciente d’amener l’autre à exprimer son affection , instabilité émotionnelle.

A question arises: is the meaning of “manipulation” the same in the psychiatric field than in our daily use of language? First, it is interesting to look at the current definition of “manipulation”. The *Merriam Webster* defines the verb “manipulate” as “to control or play upon by artful, unfair, or insidious means especially to one's own advantage”. In other words, the term “manipulation” implies a conscious choice from the manipulator to use another person only to benefit themselves and sometimes at the expense of said person. Applied literally to BPD people (or people struggling with mental illness in general), this would mean that they deliberately choose to use words or actions in order to achieve their goal. This sounds extremely stigmatizing.

This belief has been debated for a long time in the field of psychiatry in general. In a 2003 article on manipulation, focusing on people with personality disorders, Bowers described this process as “actions to achieve a desired goal (perverse or normal, symbolic or real) using deception, coercion and trickery, without regard for the interests or needs of those used in the process” (325). He distinguishes conscious manipulation from everyday life:

There are many boundaries, borne out of respect and mutual feeling for others, that the normal person would not cross, or if they did so would feel guilty. Those limits can exist to a lesser degree for the PD¹⁶ patient, who may not even perceive the needs of others when manipulating them. Second, the scope of PD manipulative behaviour is far broader and deeper, carrying the capacity for more hurt and damage to the victim, and carried out more intensely, in a more planned, skilled and long-term manner, with more forethought given to exploiting the weaknesses of the victim. (Bowers 326)

This quote raises many issues: not only would people with personality disorders not be able to perceive other people's needs, but they would also manipulate them voluntarily with almost a Machiavellian thought process. Although it is important to remember that this article is from 2003, it is interesting to look at the perception that clinicians had on mentally ill patients. Moreover, Kreisman and Straus' book was first written in 1989, which would perhaps explain the reasoning behind the choice of such a word.

However, a psychiatric website discuss the use of “manipulation” in 2025: “When we think of manipulation, we might conjure up images of cunning villains or scheming politicians. But in the realm of mental health, it's far more nuanced. Manipulation in this context isn't always a conscious choice. It's often a desperate attempt to meet unmet needs, a cry for help disguised as control” (“Manipulation in Mental Disorders: Recognizing and Addressing Manipulative Behaviors”). It seems to be a concept in constant evolution, especially in regards to personality

¹⁶ “PD” stands for “personality disorder”.

disorders. This 2025 conceptualization of the word “manipulation” is far less stigmatizing and seems more objective.

When looking at psychiatry books in French, this word did not appear in the section on BPD. As a translator in 2025, it seemed unproductive to translate such a word literally, whether it was a conscious choice of the authors to keep it in the third edition or not. However, a problem arose: how else could I translate it? What did the authors mean by “manipulation”? Did they mean it as something BPD patients would use unconsciously? In other words, would “manipulation” be understood here as an unconscious attempt from borderline patients to obtain what they need, mainly affection and acknowledgment? I was here facing a problem of terminology and possibly, of understanding—hence why a collaboration between mental health professionals and the translators assigned to their works would be beneficial. At first, I thought about translating it as « exploitation de l’autre dans les relations », but that still felt stigmatizing and would be reducing *every* BPD patient as having harmful—or even evil—intentions. Rather, I argue for another conception of the word “manipulation” in BPD people as an unconscious attempt to make their surroundings care for them. This is to say that, knowing that most people diagnosed with BPD suffer from a severe fear of abandonment (see diagnostic criteria in point 1.2), they would try and make people pay attention to them, hoping to receive attention and support. If conceptualized as such, “manipulation” would not be qualified here as entirely negative nor coming from negative intentions. Therefore, I translated “manipulativeness” as « stratégie inconsciente d’amener l’autre à exprimer son affection ». Although this is probably not the most natural-sounding translation, it is less pejorative and takes away the shame that has inherently been put on patients struggling with personality disorders, here BPD. It is also coherent to the 2025 conceptualization of the word that I mentioned above.

3.4.5.2 “Well-traveled”

Furthermore, I found another way of referring to BPD patients that was rather stigmatizing:

Original text	Translation (p. 17)
As a result, the borderline patient often becomes, like Carrie, a well-traveled patient , evaluated by multiple hospitals and doctors and accompanied throughout life by an assortment of diagnostic labels.	En conséquence, le·a patient·e borderline devient souvent, comme Carrie, un·e patient·e multipliant les consultations , allant d’examen en examen et de médecin en médecin, et sur qui on a collé tout au long de

	sa vie par une multitude d'étiquettes diagnostiques.
--	--

This “well-traveled” adjective is not only stigmatizing, but it is also objectifying. This is not a specific psychiatric term, it rather seems to be an indication of the authors’ subjectivity. I argue for a more empathetic translation: « un·e patient·e multipliant les consultations ». Indeed, “a well-traveled patient”, as well as the rest of the sentence “accompanied throughout life by an assortment of diagnostic labels” seems again to not separate the person from the disorder. In my translation, I aim to keep the information but reframe it in a way that would not put the blame on the patient, while staying true to the authors’ original meaning of the sentence. In other words, I aim to separate the disorder from the person, by using factual words rather than characterizing adjectives, reinforcing the institutionalization of BPD patients.

3.5 The stigma

As I mentioned it in the introduction, there is still a lot of stigma surrounding the disorder: evidence has shown that it is the third most stigmatized mental illness, after schizophrenia and antisocial personality disorder (Hazell, et al. 4). Marsha Linehan says that it “is by far the most stigmatized disorder. I tell my patients: ‘when you end up in an emergency for a medical disorder, for god sake, do not tell them you meet criteria for borderline personality disorder, do not tell anybody because there’s such a stigma, and you’ll be treated differently, most of the time’” (“Borderline Personality Disorder and Stigma | MARSHA LINEHAN”). As Pauline Rémiche states it in the interview I did with her (see appendix 2): « Il est évident que toute forme de stigmatisation tue, littéralement. Et je pense que c'est un enjeu auquel il faut absolument s'attaquer »: as a translator interested in psychology and psychiatry, it seems more than necessary to tackle this problem and try and diminish it as much as possible.

Thus, I will divide this part into four points. First, I will share my observation of the differences between the second and third editions of the book. Then, I will discuss the extreme character of the case studies. I will also share my point of view and scientific evidence regarding whether or not BPD can be considered a “female” illness. Lastly, I will explain why I decided to translate rather literally or not.

3.5.1 Differences between second and third editions

Comparing the second edition of the book (updated in 2010) with the third one (published in 2021), a lot of differences appear, both in the way of referring to BPD patients and to the disorder itself. Before addressing the main difference between the two editions, it is necessary to show some of the changes that occurred, such as additions and suppressions. Indeed, during the timelapse between the two editions, many studies were conducted, and some of them were added into the book. Moreover, some speculations in the second edition were confirmed in the third. Two new points were added in the chapters that I translated: a subchapter called “*BPD and Autism Spectrum Disorder (ASD)*” in chapter 2, as well as a new therapy technique in chapter 8, called “Good Psychiatric Management (GPM)”. This proves that new research keeps being published and that the subject of BPD is more and more studied, which helps develop—or make more popular—new therapy approaches.

Furthermore, some potentially offensive and stigmatizing terms or sentences were rephrased. In chapter 2, a subchapter was renamed:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 34)
<i>The Anorexic/Bulimic Borderline or the Borderline Anorexic/Bulimic?</i>	<i>Anorexia/Bulimia and BPD</i>

Here, the second edition addresses the person suffering from anorexia/bulimia/BPD directly. In the third edition, the authors use the names of the disorders: this helps separate the person from the disorder and seems less dehumanizing than calling someone a “borderline anorexic/bulimic”. The importance is the distinction between the person *struggling with* an illness and a person being *classified as* being entirely pathological. Another interesting change is the focus that was put on the mother concerning her child’s health in the second edition, such as in this example:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 69)
The mother’s role during this time is to encourage the child’s experiments with individuation, yet simultaneously provide a constant supportive refueling reservoir.	The parent’s role during this time is to encourage the child’s experiments with individuation, yet simultaneously provide a constant supportive refueling reservoir.

With BPD and mental illnesses in general, the blame is often put on the mother rather than on **one of** the parents. This seems linked to the history of hysteria and BPD in women (see point 3.5.3) that would make them more prone to mental instability, thus to traumatizing their children. By changing “the mother’s role” to “the parent’s role”, the authors choose not to participate in deep-

rooted sexism and recognize the experiences of BPD—or mentally-ill people in general—that were traumatized by men.

This being said, the main difference that can be observed by comparing both editions—and that the authors address in their note to the reader—is in the way of referring to BPD patients (which probably goes hand in hand with the other changes mentioned above). In the first and second editions, they referred to a person with BPD as “the borderline”. In the third edition, this has been rewritten by using “borderline” as an adjective, or adding “patient with BPD” rather than just using a noun. Just like the example above with eating disorders, this allows the person to be considered as dealing *with* a disorder, and not *being* a disorder. For example:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 26)
Though borderline personalities suffer a tangle of painful symptoms that severely disrupt their lives, only recently have psychiatrists begun to understand the disorder and treat it effectively.	Though patients with borderline personality suffer a tangle of painful symptoms that severely disrupt their lives, only recently have psychiatrists begun to more fully understand the disorder and treat it effectively.

This is a change that occurred throughout the entire book, sometimes also by saying “the borderline individual”, “the borderline person”, “the borderline patient”:

Second edition (2010)	Third edition (2021: 31)
However, ongoing pain, experienced outside the borderline’s control, may result in less internal analgesic protection and cause more anxiety.	However, ongoing pain, experienced outside the borderline person’s control, may result in less internal analgesic protection and cause more anxiety.

This is particularly important and has allowed another view on the patients, often demonized by professionals or people unaware of the reality of the disorder. Indeed, this is a dilemma that has impacted the readers and professionals in general (see the interviews I did in appendices 2, 3 and 4): how should BPD patients be referred to? Is the term “borderline” still valid or is it now too full of misconceptions that it has become hurtful to the patients? It seems that neither the professionals I interviewed nor the authors know how to refer to the patients in a way that would be entirely stigma free. The authors themselves explain in their note to the reader: “We have been concerned that this shorthand reference reduces a person to a stigmatizing label” (Kreisman and Straus “Note to the reader”). Even after this change of referring to their patients, they add: “We are content with none of these designations, but have been unable to conjure suitable replacements” (ibid.). This having been published in 2021, I asked Kreisman if he had, since then, been aware of any better way of referring to those patients. To this, he wrote:

In the first edition of the book in 1989, I usually referred to a person with BPD as “the borderline.” Identifying a patient as a diagnosis is not uncommon in medical consultations (“check on the GI bleeder in room 310;” “how many MI’s are in the cardiac unit;” “the schizophrenic was hallucinating”). However, I now feel such designations can be dehumanizing. I am not entirely satisfied with my choices in the later editions, but have not yet discovered less cumbersome terminology. (Kreisman 2025)

Indeed, the debate is still ongoing, as BPD has even been debated lately as not being a personality disorder, but rather a trauma response. This will not be further explained in this thesis but is addressed in appendix 4. It seems that even professionals do not know how to tackle this issue. Nevertheless, this change in the third edition of the book has certainly helped destigmatize the disorder and the implication of patients in it.

In my translation, I chose to always refer to patients as *having* a disorder, rather than *embodying* the disorder. Though most of these references were changed in the latest edition, I still found some to be disturbing, which led me to harmonize the entirety of my translation and to always use “borderline” as an adjective rather than a noun. Whether those were forgotten by the authors during the revision of the last edition, or they were voluntary; the impact they would have had if translated literally would have cast a shadow on the work that was done to erase as much stigma as possible. By changes, I mean additions, such as “disorder” after “borderline personality,” as I did it in the title. I will give a few examples where adding “disorder” allows more humanity and empathy towards the patients:

Original text	Translation (p. 13)
[Quote by] Thomas Sydenham, seventeenth-century English physician, on “hystericks,” the equivalent of today’s borderline personality	[Citation de] Thomas Sydenham, médecin anglais du XVII ^e siècle, en parlant des « hystériques », l’équivalent du trouble de la personnalité borderline d’aujourd’hui .

By choosing to stop referring to patients as “borderlines”, it is necessary to stop using the term “borderline personality” as it deviates it from the fact that it is a disorder rather than a type of personality. This occurred a few times in my translation, here is another example:

Original text	Translation (p. 23)
The histrionic personality , however, usually develops more stable roles and relationships.	La personne présentant un trouble de la personnalité histrionique, cependant, développe généralement des rôles et des relations plus stables.

This seems to go against the authors' will of destigmatization: if referring to someone as "the borderline" is deemed disrespectful, why would referring to someone as "the histrionic personality" be better? Although this was probably forgotten in the revision of the edition, it seemed necessary to mention it and to adapt it.

3.5.2 Extreme case studies

Throughout the book, it can be observed that all case studies are extreme, embodying each diagnostic criteria of the disorder and all the stereotypes associated with it. For example, if we look at Dixie in chapter 3, she is a woman with an absent and abusive father and an alcoholic mother. She started taking drugs when she was still a minor, she then developed anorexia and bulimia. She has been hospitalized various times, asking for quick discharge. She got pregnant with a man that she did not really know and that soon leaves her. Her daughter has to take care of the house as her mother is either working or at the hospital, and her grandmother is often too drunk to take care of her. Although I am not stating that cases like this one do not exist, what I mean to say is that only portraying extreme cases of women not only excludes men and non-binary people, but it also excludes people who have been diagnosed with BPD but have not had such a traumatic life history. Questions of inclusion can arise.

However, certain parts of those case studies, for example Carrie in chapter 2, seem to evoke empathy in the authors, who usually seems very detached from the story. For example: "Perhaps if she had been diagnosed earlier and more accurately, she would have been spared some of the pain and loneliness" (Kreisman and Straus 26). This sentence stands out from the majority of the book, conveying empathy.

3.5.3 Assigning a gender to the disorder

Throughout the book, the use of the feminine pronoun "she" is recurrent, almost constant. This is something that raises many questions, especially the ones of inclusion and of sexism. It is necessary to remember that I am working on the third edition: it has thus been revised twice. Between every edition, important decisions were made (see point 3.5.1). Although the authors' goal is to diminish the stigma associated with the disorder, as said in the preface of the book, it seems odd to want to erase misconceptions about BPD while continuing to spread them. In the two and a half chapters I chose to translate, all case studies are about women. The scientific information

also mainly mentions women, which makes the reader assume that most if not all of BPD patients are women. However, it is necessary to mention that some case studies do mention men, but not in the chapters I chose to translate.

Another reason I contacted Jerold Kreisman was to ask him what he thought about this feminization of the disorder and the stigma it could continue to convey. More precisely, I asked him:

You mention in your preface that the disorder is wrongly associated mainly with women, but, even outside of case studies, you use the pronouns “she/her” almost every time you refer to someone with BPD. What this a conscious choice based on evidence? Or is it, maybe, still a legacy of past editions that would have gone unnoticed?

To this question, he replied: “It is true that 3/4 of those diagnosed with BPD are women. Many of the case examples in the book were based on patients whom I treated and were mostly women. I consciously attempted to use masculine references in many descriptions in various chapters” (Kreisman 2025). There are moments in certain chapters where Kreisman uses the masculine pronoun “he”, but it is definitely not an equal balance. If his will is to destigmatize BPD and, as he says it, to “consciously” use both pronouns, why would he not use the neutral pronoun “they”? Although new neutral pronouns are being introduced in the French language, they are still not as accepted and commonly used as “they” in English. He had an opportunity for equality and to avoid assigning a gender to the disorder, so why use “she”? This is probably a legacy of past editions and history of the disorder. If the goal is to go further and destigmatize BPD as much as possible, then it has to be considered as gender-neutral.

Moreover, even if it is proven that the majority of *diagnosed* BPD patients are, as he mentions it, women, this is probably not an accurate representation of real prevalence. Is it scientifically proven that BPD patients are most of the time women or is still a legacy of society’s sexism and history of referring to women who did not fit societal norms as “hysterics”? In their article called “The New Hysteria: Borderline Personality Disorder and Epistemic Injustice”, Dorfman and Reynolds state that “the diagnosis of BPD is very much influenced by problematic and misogynistic cultural standards for women that persist today” (Shaw and Proctor qtd. in Dorfman and Reynolds 165). Indeed, the diagnosis of BPD in women would derive from the former one of hysteria: “The diagnosis of hysteria, widely accepted and deployed throughout the nineteenth century, marked the next large historical shift in conceptualizations of women’s madness” (Dorfman and Reynolds 164). Any woman who dared to “threaten the patriarchal norms of the time” was called a witch, then a hysteric, and it could be argued that this has now been replaced by the term “borderline” (ibid.).

Furthermore, considering that an accurate diagnosis of psychiatric illnesses based on biological factors is not possible yet, a psychiatric diagnosis requires the clinician to listen closely to the patient: “one must rely primarily on patient testimony to determine diagnosis, prognosis, and treatment” (Dorfman and Reynolds 162). However, it seems that most of the women “diagnosed” as hysterics or now borderline have undergone sexual abuse; such diagnosis portrayed women as “irrational and emotional and, therefore, not to be trusted” (id. 164). A hypothesis would thus be that diagnosing a woman with those disorders would diminish her credibility in regards to her sexual assault, and would put the blame back on her rather than on the abuser:

[...] it seems problematic to identify traumatized women with a disorder characterized by manipulation, attention seeking, and being dramatic when these are all behaviors that are made as accusations in order to delegitimize their reports of sexual assault. (De Aquino Ferreira qtd. in Dorfman and Reynolds 170)

Some studies have even postulated that false accusations of rape (made by women) would be explained by the person’s borderline personality disorder (Dorfman and Reynolds 170). The authors of the article conclude by saying that “To ensure that they are acting with compassion, empathy, and in the best interests of the patient, clinicians must consider holistically the way they treat patients, especially women patients, who present with significant past-traumatic experiences” (id. 172). In short, even if current statistics show a majority of women diagnosed with the disorder, the way women are treated and thus pathologized when talking about trauma should be reevaluated. Men’s experiences should also be taken more seriously.

As mentioned earlier, women represent the majority of people diagnosed with BPD, “with studies estimating a 3:1 female-to-male diagnostic ratio in clinical settings” (Chapman qtd. in Sanchious, et al. 195). In a study focused on the prevalence and characteristics of BPD in men, the authors claim that this imbalance of diagnosis would not be an actual representation of reality, but rather a misunderstanding of the diagnostic criteria (stereotypes attached to each criterion) or simply that men would be less likely to ask for mental health help than women (Sanchious, et al. 196-197; 201). According to them, symptoms have to be studied to observe whether or not they are based on gender; in other words, some symptoms have perhaps been overlooked in men: “Either women are inherently more susceptible to BPD, or there may be gender disparities in accessing mental health services, with women being more inclined to seek help” (Wendt and Schafer qtd. in Sanchious, et al. 201). In their study, the only diagnostic criterion that differed by gender was relationship instability, which was found more important in women than men (Sanchious, et al. 202). Again, this could be debated: have clinicians listened closely to their patients? Do they have stereotypes on how “relationship instability” could present itself (ibid.)?

Furthermore, relationship instability is considered as a main diagnostic criterion for BPD, which would mean that if it has been overlooked in men, they may not have received a BPD diagnosis even though they technically qualified for it (ibid.). In short, this is a difficult problem to solve, as psychiatric diagnosis itself relies on patient testimony, and that many stereotypes keep being associated with BPD. The prevalence would have to be reevaluated, taking into account all of the stereotypes associated with men's mental health and women's madness.

Furthermore, in the first chapter of the book—not translated here—there is a subchapter called “A ‘Woman’s Illness?’” In it, the authors mention that “more recent epidemiological research confirms that the prevalence is similar in both genders, although women enter treatment more frequently” (Kreisman and Straus 17). Although they do not refer the reader to any study, this would thus mean that they agree with Dorfman and Reynolds. If so, why continue to picture it as being an illness mostly present in women? The revision of the third edition seems to have been superficial and the information given is sometimes contradictory.

3.5.4 Inclusive writing

Translation allows different types of approaches. At first, I translated the two and a half chapters rather literally, at least respecting the choice of pronouns. Most of the pronouns were feminine and although that seemed stigmatizing, it is always a risk to change the original text: would that make the translator unloyal to the writers? After some reflection, due to the factors that I mentioned above, it seemed illogical to translate literally, especially in regards to the pronouns. Although Kreisman mentions that he has consciously attempted to use both the pronoun “he” and the pronoun “she”, “she” is much more prominent than “he” in the entire book. Translated into French, this would have accentuated the feminization of the disorder, and would go against my will to demystify BPD based on new scientific research. To this problem, I found three solutions. I will now explain each one of them and specify why I decided to use inclusive writing rather than another option.

The first two possibilities were about getting round the problem: it would not consist of changing the pronouns, but rather of trying to not use them as much. This means that it could either be possible to use gender-neutral terms, such as “person”, “individual”. For example, the authors talk about an anorexic patient—“patient” in English is not gendered—but they directly mention that the patient is a woman by using “herself”. This is not part of a case study nor is it based on a specific person, but it is rather a generalization. This makes the uninformed reader think that anorexia could only affect women. I will now use this example to show different possibilities

of translation that would erase this gender mark. I will start by, as stated above, the option of the gender-neutral term:

Original text (2021: 34-35)	Option 1: Gender-neutral terms
The anorexic patient sees herself in absolute black-or-white extremes—as either obese (which she always feels) or thin (which she feels she never completely achieves).	La personne anorexique a une perception de d’elle-même dans les extrêmes – soit comme obèse (ce qu’elle a toujours l’impression d’être) soit mince (ce qu’elle pense ne jamais atteindre).

Here, I had to change the noun from “patient” to “person”, considering that the first one is gendered in French and does not have—to my knowledge—a gender-neutral direct alternative outside of inclusive writing. Although the pronoun “she” is used in my translation, it refers directly to “the anorexic person” and not to a female patient. I used this option various times in my translation, using “the individual” and “the person”.

Next option would be to use the plural form: this would avoid the use of singular pronouns that could be gendered. Although this would solve the problem in English (if we use “the anorexic patients” we have to use “they”), it does not in French. This is to say, it does, based on current official grammar, function as a plural including the entirety of the population but, if the goal is to also work on the sexism of the French language (“the masculine wins over the feminine”), then this just creates a new problem: by saying « les patients anorexiques » it is now being gendered in the masculine.

Original text (2021: 34-35)	Option 2: plural form
The anorexic patient sees herself in absolute black-or-white extremes—as either obese (which she always feels) or thin (which she feels she never completely achieves).	Les patients anorexiques ont une perception d’eux-mêmes dans les extrêmes – soit comme obèses (ce qu’ils ont toujours l’impression d’être) soit minces (ce qu’ils pensent ne jamais atteindre).

Overall, this option does not satisfy me. Putting the entirety of the book in the plural form would change some of its meaning, just like only using gender-neutral terms would probably be redundant (as most of the French language is gendered).

The last option that I am aware of consists of using inclusive writing. This is the main option I chose in the final form of my translation, as I agree with Dorfman and Reynolds’ study. This not only includes women and men on the same level, but it also includes non-binary people. Therefore, inclusive writing functions as a way to break the social stigma surrounding BPD saying that it is a female disorder, and it also fights against the invisibilization of other genders. Inclusive

writing consists of using both the masculine and the feminine forms to create a gender-neutral one. For example, instead of translating “the patient” as « le patient » (masculine) or « la patiente » (feminine), it would be translated as « le·a patient·e ».

Original text (2021: 34-35)	Option 3: inclusive writing (my choice, p. 24)
The anorexic patient sees herself in absolute black-or-white extremes—as either obese (which she always feels) or thin (which she feels she never completely achieves).	Le·a patient·e anorexique a une perception de lui·d’elle-même dans les extrêmes – soit comme obèse (ce qu’iel a toujours l’impression d’être) soit mince (ce qu’iel pense ne jamais atteindre).

I thus chose this form to stay true to my initial will of destigmatization and of inclusion.

Another reason why I chose inclusive writing is because it does not go against Kreisman’s goal. Indeed, in the e-mail exchange I had with him, I asked him about his repetitive use of the feminine pronouns. In point 3.5.3, I share his response. In short, he says that he consciously attempted to also use masculine pronouns. This means that, although he states that BPD consists of 75% of women (though this is debated), he did not mean to make it appear as a female illness. He even consciously tried to challenge this thought. Choosing this option is thus not unloyal to the original writers’ perspective.

3.6 Situated knowledges

As I state it in the introduction (see point 1.5), I was myself diagnosed with borderline personality disorder. I find that living with the disorder helps me to be even more sensitive to words and their uses, which is a particularly important part of translation. This work is not a simple translation of a book that I found interesting, it is the theorization and humanization of the experience of BPD: it is an attempt to create a book that would be both educating and as stigma-free as possible. The position of the translator and their implication in their work has been debated: should research always be objective? Does objectivity really exist? Should a translator always be distant from the subject they translate? This raises many questions about the concept of commonly accepted scientific knowledge: “How to see? Where to see from? What limits to vision? What to see for? Whom to see with? Who gets to have more than one point of view? Who gets blinded? Who wears blinders? Who interprets the visual field?” (Haraway 587) In other words, who gets the right to decide that their opinion is objective enough, or that someone else’s is too biased to be taken into account? To go further within this topic, it is necessary to look at Donna Haraway’s work, especially

her article called “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective.”

As mentioned in the title of her article, she has linked the concept of situated knowledge to feminist studies: “I would like a doctrine of embodied objectivity that accommodates paradoxical and critical feminist science projects: Feminist objectivity means quite simply situated knowledges” (Haraway 581). This is to say that for feminist studies to exist, it is necessary to listen to women’s experiences. Objectivity as we usually conceptualize it, meaning a position that would be bias-free, simply could not exist in this situation. Human beings cannot completely detach their research and thinking from their life experiences. Therefore, situated knowledges would function as the sharing of experiences, rather than giving importance to an individual who has done research on a subject they have no experience with. In other words, certain topics, including feminist studies—and psychology in this case—cannot be only theorized, or rather detached from reality, like objectivity would suggest it. Certain topics require situated knowledge on top of research skills:

I am arguing for politics and epistemologies of location, positioning, and situating, where partiality and not universality is the condition of being heard to make rational knowledge claims. These are claims on people's lives. I am arguing for the view from a body, always a complex, contradictory, structuring, and structured body, versus the view from above, from nowhere, from simplicity. Only the god trick is forbidden. (id. 589)

Haraway uses the term “god trick” to refer to the distanced researcher, “the disembodied scientist who sees ‘everything from nowhere’ and who turns the products of knowledge production into a resource to be appropriated by the knower” (Fluri and Trauger 33). By saying that this “god trick” is forbidden, Haraway is stating that this view is not only unachievable, but also irrelevant. Therefore, she adds that there is no need to separate the person from the their object of study, as that is knowledge in itself: “Feminist objectivity is about limited location and situated knowledge, not about transcendence and splitting of subject and object. It allows us to become answerable for what we learn how to see” (Haraway 583). In other words, situated knowledge is an association of research with personal experiences.

Furthermore, it would not be about theorizing one’s point of view, but rather about discussing a certain topic: “Situated knowledges are about communities, not about isolated individuals. The only way to find a larger vision is to be somewhere in particular” (Haraway 590). Indeed, Haraway’s conceptualization of knowledge is of sharing: sharing experiences, sharing ideas, sharing views of the world. Why would someone completely detached from a situation, with a limited point of view “from above” be more reliable than a woman who has the knowledge and the experience? Why would a single point of view be preferred to a shared experience? Applied to

psychology, this concept would thus encourage patients to share their experiences and would put them on the same level as professionals, this is to say as two experts—on different levels—of the same subject. As an initiative cannot generally be well conducted only by patients, it has been observed, for example within this book, that only relying on experts' points of views and ways of thinking and wording ideas can be very detrimental to the target audience. If the authors truly wanted, as stated in their preface, to destigmatize the disorder and offer this book to patients, why would they not want to improve it by including patients' testimonies as well as offering them ways of explaining their symptoms by asking those patients what they would *really* need?

As mentioned in my introduction, listening to patients is absolutely necessary, both to understand them and to offer them effective therapy techniques. As someone diagnosed with BPD, the literature I was able to find on the subject has sometimes—most of the time—been really hurtful and dehumanizing. The reality is that every indelicate book or article I read on the subject was always written either by a professional or someone who had known a person with BPD and had had a bad experience. To me, this lack of empathy, or rather sensitivity, is the main problem in books about mental illnesses. Scientists use words in their books that they would use with their colleagues, but would such conversations not have to be rethought? Is the way of referring to BPD patients as manipulative, responsible for their symptoms, etc. not completely outdated? To try and fight against this stigmatization, I decided not to translate the book literally. This is to say, I rephrased the information as if there had been a collaboration between the authors and I, the translator. All the difficulties and questions I had have been documented in this commentary, as well as the solutions I found—such as inclusive writing, the adaptation of certain words, etc. Indeed, the problem lies in the way the book has been linguistically framed: it is more a problem of approach than of content. The only solution I can imagine would be to publish a fourth edition, completely revised, rethought, and reevaluated by patients.

4 Conclusion

In conclusion, publishing a book that would be objectively stigma-free is a rather difficult challenge. As has been proven here, even specialized psychiatrists who consciously attempt to destigmatize and erase misconceptions about a disorder still ironically participate to its stigmatization. This thesis discussed borderline personality disorder and the stigma associated with it, as well as with mental health in general. To do so, I did a close reading of the book *I Hate You—Don't Leave Me, Understanding the Borderline Personality* by Jerold J. Kreisman and Hal Straus. The conclusion of this study was that although the content has been updated through the reeditions of the book, the way it has been linguistically framed—a legacy of its first edition of 1989—has shown to be detrimental to BPD patients. Not only does it focus on women, but it also still makes use of stigmatizing words such as “manipulativeness.” In the scope of this thesis, I translated two and a half chapters, mainly focusing on the roots of the disorder as well as on its treatment approaches. I faced many difficulties, mainly about the genre of the book, which is scientific vulgarization. Although it has thus been vulgarized, the scientific terminology and psychiatric references were challenges in regards to the translation. I explain in my commentary how I solved those problems, expressing that for some of them—namely, acronyms—I was not able to find a satisfactory solution.

As a translator, I did not feel aligned with a literal translation of the text as I was scared it would only mean that I was myself, despite being aware of the stigmatizing elements, deciding to continue to spread misinformation. After reading articles on this topic and choosing inclusive writing, it felt natural to opt for an adapted translation. Not only did I use inclusive writing, but I also changed the way some of the sentences were framed—especially regarding to adjectives such as “manipulative.” I also offer an alternative to the title and explain the reasoning behind the term “borderline” and its translation. I aim to offer a more empathetic translation, that would both educate patients as well as preserve their already fragile mental health. Thanks to my e-mail exchange with one of the authors, Jerold J. Kreisman, I was able to fully understand that some aspects of the book, for example the repetitive use of the feminine pronoun “she,” were not conscious ways to stigmatize the disorder, but rather legacies of the past that he was trying to nuance. Therefore, choosing to translate the text in an adaptative way does not go against the authors’ goal of destigmatization. I am offering my view on the subject both as a translator and as a person diagnosed with BPD myself.

Indeed, Haraway’s concept of “situated knowledge” played an important role in the elaboration of this thesis. The choice of its subject was not coincidental, nor was its purpose. I myself have met stigmatizing professionals and have been stigmatized as a patient. The same

happened to many of my friends diagnosed with mental disorders. This thesis thus arose from the need to offer patients a book which could potentially help them too. Some of the information on the disorder that can be found online is very often hurtful to the patients, as more and more people express their frustrations in regards to once-loved-ones who happened to have borderline personality disorder. The problem is the generalization that happens between having met someone with BPD who was maybe abusive and thinking that *all* BPD patients will thus be. In other words, universalizing a personal experience to the entirety of a group of people is not only detrimental to their own mental state, but it is also detrimental to the conception that people have of those patients.

Overall, although the book offers enriching knowledge, its form would have to be revised thoughtfully in a fourth edition. To do so, I argue for a collaboration between psychiatrists and patients. A collaboration between psychiatrists and linguists could also be helpful in the linguistic framing of the work. Indeed, the psychiatrist and the patient should be put at the same level, as experts on the disorder. This is to say that while psychiatrists have the theoretical knowledge and have had experiences in treating people with BPD, no one knows how BPD feels better than a person diagnosed with it. Sensitivity and empathy are key skills to address mentally ill patients. In translation challenges such as the one with manipulation, a collaboration with the authors would have been helpful not only to discuss possibilities of translation, but mainly to understand the goal behind using such a word.

Moreover, translation can play an important role in the destigmatization of a text. As explained above, words do not necessarily have the same meanings in two different languages. In other words, a term such as “manipulation,” perhaps used in a psychiatric non-judgmental way, holds too many negative connotations in French to be translated literally. In the same manner, where the authors tried to consciously use both pronouns, mainly using the feminine pronoun “she” in a 2025 translation would have continued to spread stigma. I decided to opt for an adaptation of the text, changing the way the book has been linguistically framed in order to humanize BPD patients. By doing so, I aim to reconcile the book with its supposed audience.

List of abbreviations

English	French	Meaning
ADHD	TDAH	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASD	TSA	Autism Spectrum Disorder
BPD	TPB	Borderline Personality Disorder
C-PTSD	TSPT-C	Complex Post-Traumatic Stress-Disorder
DBT	TCD	Dialectical Behavioral Therapy
DID	TDI	Dissociative Identity Disorder
<i>DSM</i>	<i>DSM</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
CBT	TCC	Cognitive Behavioral Therapy
GPM	GPM	Good Psychiatric Management
MBT	TBM	Mentalization-Based Therapy
OCD	TOC	Obsessive-Compulsive Disorder
PTSD	TSPT	Post-Traumatic Stress Disorder
SFT	TDS	Schema-Focused Therapy
STEPPS	STEPPS	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving
TFP	PFT	Transference-Focused Psychotherapy

5 Bibliography

5.1 Articles

- Hazell, Cassie M., et al. "Creating a hierarchy of mental health stigma: testing the effect of psychiatric diagnosis on stigma." *BJPsych Open*, vol. 8, 2022, pp. 1-7, DOI: 10.1192/bjo.2022.578.
- Bastin, Georges L. "La notion d'adaptation en traduction." *Journal des traducteurs*, vol. 38, no. 3, 1993, pp. 473-478, <https://doi.org/10.7202/001987ar>.
- Biskin, R. S. ; Paris, J. "Diagnosing borderline personality disorder." *CMAJ*, vol. 184, no. 16, 2012, pp. 1789-1794, DOI: 10.1503 /cmaj.090618.
- Bowers, L. "Manipulation: description, identification and ambiguity." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 10, 2003, pp. 323-328.
- Brinkmann, Svend. "Situated Psychopathology." *Integrative Psychological and Behavioral Science*, vol. 59, 2025, pp. 45-60, DOI: 10.1007/s12124-025-09913-8.
- Dorfman, N.; Reynolds, J. M. "The New Hysteria: Borderline Personality Disorder and Epistemic Injustice." *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 16, no. 2, 2023, pp. 162-181.
- Fluri, J.; Trauger, A. "Getting Beyond the 'God Trick': Toward Service Research." *The Professional Geographer*, vol. 66, no. 1, 2014, pp. 32-40, DOI: 10.1080/00330124.2012.705738.
- Haraway, Donna. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies*, vol. 14, no. 3, 1988, pp. 575-599, <http://www.jstor.org/stable/3178066?origin=JSTOR-pdf>.
- Howe, Edmund. "Should Psychiatrists Self Disclose?" *Innovations in Clinical Neuroscience*, vol. 8, no. 12, 2011, pp. 14-17.
- Nord, Christiane. "Function + Loyalty: Theology Meets Skopos." *Open Theology*, vol. 2, 2016, pp. 566-580, DOI: 10.1515/opth-2016-0045.
- Sanchious, Saivone N., et al. "RECOGNIZING BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN MEN: GENDER DIFFERENCES IN BPD SYMPTOM PRESENTATION." *Journal of Personality Disorders*, vol. 38, no. 2, 2024, pp. 195-206, DOI: 10.1521/pedi.2024.38.2.195.
- Shu, Y. C. C., et al. "Prevalence of homosexual and bisexual orientation in patients with borderline personality disorder and associated factors—a systematic review and meta-analysis." *Frontiers in Psychiatry*, vol. 15, 2024, pp. 1-11, DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1490157.

- Lawn, S.; Ring, D. "Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder." *Journal of Mental Health*, vol. 34, no. 1, 2025, pp. 57-77, DOI: 10.1080/09638237.2019.1581337.
- Zanarini, Mary C., et al. "Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years." *Psychiatry Research*, vol. 262, 2018, pp. 40-46, DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.034.

5.2 Audiovisual resources

- BorderlinerNotes. "Borderline Personality Disorder and Stigma | MARSHA LINEHAN." *YouTube*, 14 Apr. 2017, https://www.youtube.com/watch?v=G08IYl2DAMg&list=PL_L7KEOxOeQ_gwUQX8Extalt3jSm8XYbK&index=26.
- BorderlinerNotes. "How She Learned Radical Acceptance | MARSHA LINEHAN." *YouTube*, 14 Apr. 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=OTG7YEWkJFI>.
- BorderlinerNotes. "Therapy doesn't work with dead people | MARSHA LINEHAN." *YouTube*, 14 Apr. 2017, https://www.youtube.com/watch?v=j_6j43zKNFw&list=PL_L7KEOxOeQ_gwUQX8Extalt3jSm8XYbK&index=18.
- Brut. "Nicolas Demorand nous parle de sa bipolarité." *YouTube*, 31 Mar. 2025, <https://www.youtube.com/watch?v=BcJCZjDuraI>.
- Curious Fox. "Borderline Personality Disorder with Dr. Jerold Kreisman." *YouTube*, 1 Feb. 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=WuaVcrLB02c&list=WL&index=4>.
- Dr. Daniel Fox. "Splitting: A Borderline Personality Disorder Defense Mechanism." *YouTube*, 4 Feb. 2018, https://www.youtube.com/watch?v=_iTin96PdX8&t=27s.
- MedCircle. "Borderline Personality Disorder: Men vs Women." *YouTube*, 8 Oct. 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=VbDRfxNB6EA>.
- On the Line. "BPD Symptoms: Fear of Abandonment." *YouTube*, 9 Aug. 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=TIRiikHeHQU>.
- On the Line. "The History of Borderline Personality Disorder." *YouTube*, 2 May 2022, <https://www.youtube.com/watch?v=kzwlZDf5V8U>.
- TEDx Talks. "Understanding Situated Knowledge in our Everyday Lives | Swinzie Chauhan | TEDxTerryTalks." *YouTube*, 3 Feb. 2015,

<https://www.youtube.com/watch?v=DEBjoteP0Wc&list=PLi7wyGhFxbvspFyAl8sZIuvB0Rm3a9D6q>.

The Rewired Soul. “Borderline Personality Disorder (BPD) Book Review – I Hate You Don’t Leave Me.” *YouTube*, 4 Apr. 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=eTOp5mbN8tg&list=WL&index=5>.

5.3 Books

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Text Revision): DSM-5-TR*. American Psychiatric Association Publishing, 2022.

Carroll, Lewis. *Aventures d’Alice au pays des merveilles*. Dover Publications, 1972.

Choi-Kain, L. and Gunderson, J. (eds.). *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy*. Springer, 2015, DOI : 10.1007/978-1-4939-1314-5.

Kreisman, J. and Straus, H. *I Hate You – Don’t Leave Me, Understanding the Borderline Personality Disorder (Completely Revised and Updated)*. Tarcher Perigee (Penguin Random House), 2010.

Kreisman, J. and Straus, H. *I Hate You – Don’t Leave Me, Understanding the Borderline Personality (Third Edition)*. Tarcher Perigee (Penguin Random House), 2021.

Laszlo, Pierre. *La vulgarisation scientifique*. Presses universitaires de France, 1993.

Linehan, Marsha M. *DBT Skills Training Manual: Handouts And Worksheets*. The Guilford Press, 2014.

Linehan, Marsha. *Documents et fiches de travail pour l’entraînement aux compétences de Thérapie Comportementale Dialectique, 2^{ème} édition*. The Guilford Press, 2014.

The Modern Language Association of America. *MLA Handbook: 9th edition*. Modern Language Association of America, 2021.

5.4 Master’s thesis

Gerlier, Jeremie Anthony. *Traduction et vulgarisation scientifique : réflexions sur la traduction française de A Briefer History of Time, de Stephen Hawking*. 2011. University of Geneva, Master’s Thesis.

Marichal, Marie. *Traduction commentée d’un livre de vulgarisation scientifique : Being the Change de Peter Kalmus*. 2020. University of Liège, Master’s Thesis.

5.5 Online dictionaries

Collins. *Collins English Thesaurus*, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english-thesaurus>.

“Genre, N.” *Merriam Webster*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/genre>. Accessed 13 Aug. 2025.

Le Figaro. *Le Conjugueur : Le Figaro*, <https://leconjugueur.lefigaro.fr/>.

Le Robert. (n. d.). *Le Robert : Dico en ligne*, <https://dictionnaire.lerobert.com/fr/>.

“Manipulate, V.” *Merriam Webster*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/manipulation>. Accessed 10 Aug. 2025.

“Patronizing, Adj.” *Merriam Webster*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/patronizing>. Accessed 10 Aug. 2025.

“Stigma, N.” *Merriam Webster*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma>. Accessed 20 May 2025.

Synonymo. *Synonymo.fr : À chaque mot son synonyme !*, <https://www.synonymo.fr/>.

“Vulgarization, N.” Cambridge Dictionary, <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/vulgarization>. Accessed 31 July 2025.

“Vulgarize, V.” *Merriam Webster*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/vulgarization>. Accessed 31 Jul. 2025.

Word Reference. *Word Reference.com*, <https://www.wordreference.com/>.

5.6 Online resources

American Psychiatric Association. “About DSM-5-TR.” *Psychiatry.org*, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm>. Accessed 18 Apr. 2025.

American Psychiatric Association. “Dsm History.” *Psychiatry.org*, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>. Accessed 6 Jul. 2025.

American Psychiatric Association. “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 TR).” *Psychiatry.org*, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Accessed 26 Jun. 2025.

- Antonino, Cristiano. "Sexual Perversions: Causes, Symptoms, Diagnosis and Treatment." *Emergency Live*, <https://www.emergency-live.com/health-and-safety/sexual-perversions-causes-symptoms-diagnosis-and-treatment/>. Accessed 14 Aug. 2025.
- "AP English: The Essential Guide to Tone and Tone Words." *Writing Center of Princeton*, <https://writingcenterofprinceton.com/ap-english-the-essential-guide-to-tone-and-tone-words/>. Accessed 10 Aug. 2025.
- Carey, Benedict. "Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight." *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>. Accessed 9 Aug. 2025.
- "Clés de la rédaction : diagnostiquer." *Nos langues*, <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/cles-de-la-redaction/diagnostiquer>. Accessed 25 March 2025.
- Duckworth, Ken. "Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: What's the Difference?" *National Alliance on Mental Illness*, <https://www.nami.org/advocate/borderline-personality-disorder-and-bipolar-disorder-whats-the-difference/>. Accessed 26 Jun. 2025.
- "État limite: prévalence." *AforPEL*, <https://www.aforpel.org/particulier/etat-limite-prevalence/>. Accessed 26 Jun. 2025.
- Ferguson, Sian. "What's the Difference Between BPD and Bipolar Disorder?" *Psych Central*, <https://psychcentral.com/disorders/bpd-vs-bipolar-disorder>. Accessed 26 Jun. 2025.
- Ghemmour, Hakim. "Psychanalyse : transfert, contre-transfert et supervision." *psychologue.net*, 3 Apr. 2019, <https://www.psychologue.net/articles/psychanalyse-transfert-contre-transfert-et-supervision>. Accessed 18 Apr. 2025.
- "Hal Straus." *Penguin Random House*, <https://www.penguinrandomhouse.com/authors/236380/hal-straus/#:~:text=Hal%20Straus%20is%20a%20professional,%2C%20Men's%20Health%2C%20and%20Redbook>. Accessed 20 Apr. 2025.
- "Historique du terme « borderline » dans le trouble de la personnalité borderline." *Mentor Show*, <https://mentorshow.com/blog/historique-borderline-personnalite-limite>. Accessed 6 Jul. 2025.
- "How does Medicare work?" *Medicare.gov*, <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/how-does-medicare-work>. Accessed 8 Aug. 2025.
- "I Hate You, Don't Leave Me." *Reddit*, https://www.reddit.com/r/BPD/comments/rt0sq2/i_hate_you_dont_leave_me/. Accessed 8 Aug. 2025.

- “I hate you, don’t leave me’ understanding the borderline personality.” *Reddit*, https://www.reddit.com/r/BPD/comments/xswho0/i_hate_you_dont_leave_me_understanding_the/. Accessed 8 Aug. 2025.
- “*Intérieur Nuit* : Critiques” *Babelio*, <https://www.babelio.com/livres/Demorand-Interieur-nuit/1835001#critiques>. Accessed 26 Jun. 2025.
- “Jerold J. Kreisman. M.D.” *Psychology Today*, <https://www.psychologytoday.com/us/contributors/jerold-j-kreisman-md>. Accessed 20 Apr. 2025.
- “Jerold J. Kreisman.” *newharbingerpublications*, <https://www.newharbinger.com/author/jerold-j-kreisman/>. Accessed 20 Apr. 2020.
- “La thérapie basée sur la mentalisation.” *Psychopap*, <https://www.psychopap.com/mentalisation/>. Accessed 19 Apr. 2025.
- Le Rest, Maud. “« Nicolas Demorand est un malade mental » ou le luxe du « coming out psy ».” *Marianne*, 8 Apr. 2025, <https://www.marianne.net/agora/humeurs/nicolas-demorand-est-un-malade-mental-ou-le-luxe-du-coming-out-psy>. Accessed 26 Jun. 2025.
- “Le trouble de personnalité état-limite.” *AforPEL*, <https://www.aforpel.org/particulier/etat-limite-prevalence/>. Accessed 23 Apr. 2025.
- “Marsha Linehan, Ph.D., ABPP.” *Behavioral Research and Therapy Clinics*, <https://depts.washington.edu/uwbrtc/our-team/marsha-linehan/>. Accessed 9 Aug. 2025.
- “Mental disorders.” *World Health Organization*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Accessed 26 Jun. 2025.
- NeuroLaunch editorial team. “Manipulation in Mental Disorders: Recognizing and Addressing Manipulative Behaviors.” *NeuroLaunch*, <https://neurolaunch.com/manipulation-mental-disorders/>. Accessed 14 Aug. 2025.
- NeuroLaunch editorial team. “Mood Disorders vs Personality Disorders: Understanding the Key Differences and Implications for Mental Health.” *NeuroLaunch*, <https://neurolaunch.com/mood-disorder-vs-personality-disorder/>. Accessed 26 Jun. 2025.
- NeuroLaunch editorial team. “Psychology Translation: Bridging Language Barriers in Mental Health.” *NeuroLaunch*, <https://neurolaunch.com/psychology-translation/>. Accessed 8 Aug. 2025.
- “Nicolas Demorand : « Je suis un malade mental, je ne veux plus le cacher ».” *France Inter*, <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/les-80/les-80-de-nicolas-demorand-du-mercredi-26-mars-2025-8563874>. Accessed 26 Jun. 2025.

- Nikzad, Nisar. "Translating Concepts that Don't Exist in your Language: How, Why and When." *Translation Excellence*, <https://translationexcellence.com/translating-concepts-dont-exist-language/>. Accessed 9 Aug. 2025.
- Perterson, Ashley L. "Book Review: I Hate You – Don't Leave Me." *Mental Health @ Home*, 8 Sep. 2021, <https://mentalhealthathome.org/2021/09/08/book-review-i-hate-you-dont-leave-me/>. Accessed 24 Apr. 2025.
- Polizzi, Michelle. "Borderline Personality (BPD) vs. Bipolar Disorder (BD)." *Very Well Health*, <https://www.verywellhealth.com/bpd-vs-bipolar-5096132>. Accessed 27 Jun. 2025.
- radiofrance. "Nicolas Demorand : « Je suis un malade mental, je ne veux plus le cacher »". *France Inter*, 26 Mar. 2025, <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/les-80/les-80-de-nicolas-demorand-du-mercredi-26-mars-2025-8563874>. Accessed 17 Jun. 2025.
- "Remerciements à Nicolas Demorand." *PromesseS*, <https://www.promesses-sz.fr/remerciements-a-nicolas-demorand/>. Accessed 9 Aug. 2025.
- "Toutes les familles heureuses se ressemblent ; mais chaque famille malheureuse l'est à sa façon." *Sens critique*, https://www.senscritique.com/liste/toutes_les_familles_heureuses_se_ressemblent_mais_chaque_fam/236035. Accessed 22 Feb. 2025.
- "Trouble de la personnalité limite (borderline)." *Le Manuel MSD*, <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psiatriques/%EF%BB%BFtroubles-de-la-personnalit%C3%A9/trouble-de-la-personnalit%C3%A9-limite-borderline>. Accessed 6 Jul. 2025.
- "Troubles de la personnalité borderline (état limite), la guérison ?" *AforPEL*, <https://aapel.org/bdp/BLborderthecureFR.html>. Accessed 24 Apr. 2025.
- Wikipedia Contributors. "Anna Karénine." *Wikipédia, L'encyclopédie libre*, https://fr.wikipedia.org/wiki/Anna_Kar%C3%A9nine. Accessed 17 Apr. 2025.
- Wikipedia Contributors. "Butalbital." *Wikipedia, The Free Encyclopedia*, <https://en.wikipedia.org/wiki/Butalbital>. Accessed 10 Aug. 2025.
- Wikipedia Contributors. "Marsha M. Linehan." *Wikipedia, The Free Encyclopedia*, https://en.wikipedia.org/wiki/Marsha_M._Linehan. Accessed 9 Aug. 2025.
- Wikipedia Contributors. "Nicolas Demorand." *Wikipédia, L'encyclopédie libre*, https://fr.wikipedia.org/wiki/Nicolas_Demorand. Accessed 26 Apr. 2025.

Appendices

Appendix 1: Exchange with Jerold J. Kreisman

Note: After spending weeks on my translation, I felt the urge to try and contact the author in hope of receiving some answers that would potentially solve some of my translation challenges. I went on the *Psychology Today Website*, and left a note for Jerold J. Kreisman, to which he then replied by e-mail.

16th of June 2025, on the Psychology Today Website:

I wrote:

“Hello, I am a Belgian translation student. I am doing my master's dissertation on your book *I hate you, Don't leave me*. I wanted to ask you if a small discussion or e-mail exchange would be possible, to answer some of my questions (which I could add in my appendix).

Thank you for your time,

Best regards,

Léa Zecchinon”.

19th of June 2025, by e-mail:

He replied:

“Dear Ms. ZECCHINON,

Thank you for your note. I am out of the country at this time. If you wish to send your questions via email, I can try to respond when I return.

J. Kreisman”

21st of June 2025, by e-mail:

I wrote:

“Dear Professor Kreisman,

Thank you very much for getting back to me!

First, I wanted to introduce myself a bit better. I’m currently studying at the University of Liège in Belgium, and I’m in my last year of my master’s degree studying modern languages. I’m doing my master’s thesis on the 3rd edition of your book *I Hate you—Don’t Leave Me*, translating two and a half chapters of it into French. I chose part of chapter 2 (Chaos and Emptiness) and the entirety of chapters 3 (Roots of the Borderline Syndrome) and 8 (Specific Psychotherapeutic Approaches).

I find the lack of information on mental health and BPD quite upsetting—especially in French—which made me, as a future translator, decide to translate part of your book. Some references do not yet exist in French, which is why I’m contacting you. I’m focusing my thesis on the role of translation in the destigmatization of mental health, BPD more specifically. As you know, there still exists a lot of misconception around the disorder, and I would have loved to hear your opinion on some of your word choices. I am also available to talk directly via videocall if needed.

1. You mention in your preface that the disorder is wrongly associated mainly to women, but, even outside of case studies, you use the pronouns “she/her” almost every time you refer to someone with BPD. What this a conscious choice based on evidence? Or is it, maybe, still a legacy of past editions that would have gone unnoticed? In the same manner, you tend to use “he” to refer to other disorders, such as other personality disorders (antisocial, for example). This is my main interrogation about the book, considering that my goal is to diminish misconceptions as much as possible. French does not have a formal neutral pronoun or possessive yet (such as “they/their” in English), which reinforces stigma even more. What is your opinion on the subject?
2. I have studied the comparison of the second and third editions and have noticed that the main differences are the elimination of the mention of manipulation in the diagnostic criteria, and also, as you explain it in your “note to the reader”, the addition of “individual” after the term “borderline”, to try and dissociate the person from the disorder. However, you add that you are not content with your proposition of “borderline individual”, “person with BPD”, etc. Are you now aware of other ways of expressing that? Would you change that again in a potential 4th edition? This would help me find an equivalent in French and respect your view on the subject.
3. As a translator, I have to decide who my translation is intended for, and I was wondering if you really consider this book to be accessible and helpful to both professionals and BPD patients? Have you received any feedback from your readers on which group(s) benefited more from your book?

Overall, considering that the third and latest edition is from 2021, would you now change some linguistic aspects of the book? Do you think that some word choices still convey a sort of stigma?

In short, thank you for this book, your consideration, and your time.

Thank you in advance,

Best regards,

Léa Zecchinon”

24th of June, 2025, by e-mail:

He replied:

“Dear Lea,

I appreciate your interest and sensitivity in this area. In particular, I share your concern about the stigma of mental illness, and, especially, related to BPD, about which even many mental health professionals exhibit bias. I will try to answer your specific questions.

It is true that 3/4 of those diagnosed with BPD are women. Many of the case examples in the book were based on patients whom I treated and were mostly women. I consciously attempted to use masculine references in many descriptions in various chapters.

In the first edition of the book in 1989, I usually referred to a person with BPD as “the borderline.” Identifying a patient as a diagnosis is not uncommon in medical consultations (“check on the GI bleeder in room 310;” “how many MI’s are in the cardiac unit;” “the schizophrenic was hallucinating”). However, I now feel such designations can be dehumanizing. I am not entirely satisfied with my choices in the later editions, but have not yet discovered less cumbersome terminology.

I aimed the book for both a lay audience, including patients and their loved ones, and a professional audience, including copious references. I am aware the work has been of use for professionals and utilized in some psychology graduate courses, but I believe the wider audience has been the general population.

I hope these thoughts are helpful for your work.

Best wishes,
Jerry Kreisman”

27th of June, by e-mail:

I wrote:

“Dear Doctor Kreisman,

Your answers will be very helpful to my work, thank you a lot for your time; it means a lot! I really hope initiatives like ours will progressively help destigmatize BPD.

Thank you again,

Best regards,
Léa Zecchinon”

Appendix 2: Interview with Céline Baltaci, Clara Della Libera and Pauline Remiche

Note: On the 1st of July 2025, I had the opportunity to interview three psychologists from the PEPS-E Center in Liège (Clara Della Libera, Céline Baltaci and Pauline Remiche). The interview was done in French and lasted approximately 50 minutes and was recorded. I already knew all three people I interviewed, which is why I use the French informal pronoun « tu ». I used Word's tool for transcription, that I then revised.

Moi : Bonjour, est-ce que vous pourriez vous présenter brièvement donc votre nom, votre profession, si vous avez des spécialisations, là où vous travaillez, etc. ?

Clara : Clara Della Libera, je suis psychologue clinicienne, je travaille au centre PEPS-E. J'ai différentes spécialisations dont je pense les plus importantes aujourd'hui sont les spécialisations en trauma-attachement, et une formation initiale en thérapie cognitivo-comportementale.

Céline : Moi, c'est Céline Baltaci, je suis psychologue clinicienne. Je travaille ici au centre PEPS-E comme indépendante, et également au Grand-Duché de Luxembourg comme indépendante, aussi. Et dans mes spécialisations, je dirais tout ce qui est psychologie systémique, à savoir plutôt les thérapies familiales, de couple aussi, dans laquelle je suis en train de me spécialiser actuellement avec un troisième cycle. Et j'ai aussi une spécialisation dans tout ce qui est assuétudes.

Pauline : Moi, c'est Pauline Remiche, donc je travaille ici comme indépendante au centre PEPS-E et aussi, j'ai un troisième cinquième en service de santé mentale en région liégeoise. Spécialisations, à la base je suis formée plutôt thérapie cognitivo-comportementale adulte, et clinique du travail. Et je suis en train de me spécialiser plutôt dans tout ce qui est trouble borderline et traumas d'attachement. Enfin c'est la direction que je prends en tout cas.

Moi : Vous avez toutes les trois travaillé dans le groupe Mosaïque du centre PEPS-E, si vous pouviez juste expliquer ce que c'est ?

Clara : Expliquer ce qu'est le groupe Mosaïque ?

Moi : Oui.

Clara : Ok, alors le groupe Mosaïque, c'est un groupe de thérapie comportementale dialectique qui a été élaboré à la base par Marsha Linehan qui est chercheuse aux États-Unis. C'est un groupe qu'on tient ici à PEPS-E depuis une dizaine d'années, qui est à rythme hebdomadaire, donc initialement on avait un groupe au centre PEPS-E le jeudi, donc spécifiquement à destination des patients qui ont un trouble de personnalité borderline, et puis maintenant on en a un deuxième, que je co-anime avec Céline. La thérapie comportementale dialectique, c'est une thérapie qui est structurée autour de quatre grands modules, qui cible vraiment la symptomatologie des patients borderline, à savoir dérégulation émotionnelle, dérégulation des relations interpersonnelles, impulsivité, et comportements autodestructeurs. Et donc les quatre modules visent les compétences de pleine conscience, c'est vraiment accompagner les personnes à observer ce qu'il se passe à l'intérieur d'elles et apaiser un peu justement l'impulsivité ; un deuxième module autour de la régulations des émotions, pouvoir comprendre et identifier et apaiser les émotions qui sont douloureuses ; un troisième autour de l'efficacité interpersonnelle, c'est-à-dire avoir des relations qui sont bonnes en fait, autour de soi, tout en se respectant soi et tout en étant en lien avec les objectifs de la vie ; et le dernier module de tolérance à la détresse qui cible vraiment des compétences d'apaisement des moments d'intensité émotionnelle qui aboutissent généralement à des passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs. La thérapie comportementale dialectique, c'est aussi une thérapie qui vise vraiment un entraînement de compétences, j'aime bien ça, parce que c'est pas quelque chose d'analytique pur, c'est vraiment, on entraîne à faire mieux tout en étant dans l'acceptation pleine de ce qui est déjà. C'est pour ça qu'on parle de dialectique, c'est à la fois on accepte pleinement ce qui est et à la fois on vise mieux, et on vise du changement, et on pense que l'un ne va pas sans l'autre. Et donc c'est une thérapie qui est, je pense au-delà des modules théoriques qu'on aborde, on essaie vraiment d'implémenter ça dans la matière dont on travaille. Je crois que c'est aussi quelque chose qu'on s'applique beaucoup à nous-mêmes en tant qu'intervenants, de à la fois on accepte ce qui est, mais à la fois on veut faire mieux, et donc c'est un peu comme un espèce de guide éthique qui nous permet d'accompagner les participants du groupe. Je pense que je dis les éléments centraux quand je dis ça.

Pauline : Je rajouterai juste un élément qui est central et qui permet la base aussi de l'intervention de manière générale ici, c'est d'essayer de proposer cette intervention dans un cadre qui permet vraiment une sécurité pour chacun des participants d'expérimenter toutes ces choses et de pouvoir accompagner dans l'acceptation de ce qui est difficile et accompagner dans la difficulté de ces mises

en place de changement. Je pense que c'est surtout ça qui porte tous les modules qui sont plutôt théoriques.

Moi : Et donc toi du coup, Pauline, tu m'as dit que tu étais en train de te spécialiser sur le trouble borderline, mais en soit vous deux aussi du coup, vous co-animez Mosaïque ; est-ce que vous trouvez que, à l'université, vous avez reçu assez d'éducation sur le trouble de façon assez spécifique ?

[rires]

Pauline : Moi, j'ai ri à cette question.

Clara : J'étais sûre qu'on allait toutes les trois rire à cette question.

Pauline : Ouais.

Clara : Non.

Pauline : Non. On peut répondre toutes en cœur : non, clairement. On en a pas eu.

Céline : Pour être sortie il y a pas si, si longtemps, si je dois me remémorer la dernière fois qu'on en a parlé, abordé, je pense que c'était dans un cours de bachelier qui listait, en fait, les...

Pauline : Les critères diagnostiques.

Céline : Ouais.

Pauline : C'était un cours, un espèce de recensement du *DSM*, donc le manuel, la Bible on va dire, qui catégorise tous les troubles, mais c'est tout. Donc on avait les critères diagnostiques qu'on devait un peu connaître plus ou moins par cœur, c'est tout. Et les critères diagnostiques sont tellement insuffisants, il y a rien autour de la prise en charge, il y a rien dans l'explication de comment se manifeste le trouble finalement, donc non en fait, en résumé, vraiment rien.

Moi : Donc par exemple la TCD comme Mosaïque, ça, pas du tout... ?

Pauline : Pas du tout.

Clara : C'est énoncé éventuellement, mais c'est pas...

Moi : On ne vous apprend pas à gérer ce genre de pathologie ?

Clara : Non.

Pauline : Non, c'est presque l'inverse en fait. Enfin, je pense qu'il y a de la stigmatisation déjà à l'université.

Céline : C'est donné en tableau avec les types de personnalité et puis : critères.

Moi : Oui, puisque du coup je me focalise dans mon mémoire sur la stigmatisation qu'il y a autour des personnes borderline, je me demandais vraiment si on pouvait dire que ça commençait, comme tu dis, dès l'université, dans l'enseignement en fait, et l'éducation des psychologues, quoi.

Céline : Je trouve qu'on a un plus gros focus sur tout ce qui est dépression, même peut-être bipolarité et encore, mais ça, ça passe à la trappe.

Clara : En fait, il faut savoir que, surtout à l'université de Liège, il y a une mouvance qui est à favoriser ce qu'on appelle *evidence based*. *L'evidence based* ce sont les thérapies qui sont empiriquement validées, donc validées par des études scientifiques, et donc qui se basent aussi sur des modèles scientifiques de la psychopathologie. Et en fait, dans la littérature scientifique, le vocabulaire qui est beaucoup utilisé, c'est, tiens, on sait que dans tel trouble on observe telle croyance dysfonctionnelle, tel comportement dysfonctionnel. Et en fait la, l'enseignement à l'université retranscrit ça tel quel, sans dire jamais, ça je pense que c'est vraiment un problème, sans dire jamais « Attention, vous devez faire une traduction de ça », ce qui veut dire qu'en fait les cliniciens, que ce soit pour n'importe quel trouble, en fait, je pense, arrivent sur le terrain avec l'idée que ce qu'ils doivent faire c'est corriger les croyances dysfonctionnelles de leurs patients. Et donc, face à un patient qui va dire « je me sens nul », ils vont dire : « Ah mais c'est une croyance qui n'est vraiment pas fonctionnelle, ça, change un peu cette croyance ! » Je caricature quand je dis ça. Mais tout ce qui est comprendre l'origine, pourquoi la personne pense ça, quelle est la fonction de cette croyance, en fait ça arrive dans les formations bien après l'université. Et donc la traduction de la

littérature scientifique en pratique clinique ne se fait pas à l'université. Et donc il y a une stigmatisation automatique, je pense, chez beaucoup d'étudiants qui sont à l'université.

Pauline : C'est vrai, mais pas juste pour le trouble borderline. En fait, quand on va à l'université, on ne devient pas thérapeute. On apprend juste les bases théoriques, mais on sait pas... Enfin, même un dépressif, personnellement je sais pas toujours quoi faire, enfin on nous apprend pas quoi faire, ni comment. Ça, c'est de manière générale. Et puis du coup, propre au trouble borderline, on a qu'un cours et moi de mon expérience aussi j'ai voulu, après mon stage ici, revoir mon mémoire. Donc j'avais fait un pré-mémoire sur un sujet, j'ai voulu le changer pour mon mémoire et j'avais voulu travailler sur l'auto-stigmatisation dans le trouble borderline et j'ai eu aucun promoteur qui me suivait. Et donc c'est là où moi j'ai en tout cas, je me suis pris le mur de la stigmatisation en pleine tronche à moi-même. Je me suis rendu compte qu'en fait aucun, aucun professeur ne voulait accompagner cette thématique, parce que ça les concerne pas, parce qu'ils travaillent pas là-dedans. Et les professeurs généralement cherchent à proposer des mémoires dans eux leurs domaine de recherche. Et donc il n'y a finalement aucun professeur, je pense, qui ont pour domaine de recherche le trouble borderline.

Clara : Je pense qu'il faut préciser que ce n'est pas que ça n'intéresse pas les professeurs le trouble borderline. En fait, ce qu'il y a, c'est que les professeurs ont tous leurs spécialisations et sont intéressés par leurs champs de spécialisations. Et il n'y a pas, à l'université de Liège, de professeur qui s'est intéressé à la question du trouble.

Pauline : Ce qui explique le manque...

Clara : Donc c'est pas un rejet du borderline, c'est juste une absence et un trou.

Pauline : Ouais, c'est ça, c'est une absence.

Moi : Oui, j'allais justement demander si vous avez une raison particulière, enfin des motivations, pour lesquelles vous avez décidé de vous renseigner et vous spécialiser dans ce trouble particulièrement ? Et donc toi [Pauline] t'as été fort choquée du fait de ne pas avoir de promoteur ?

Pauline : Moi ce qui m'a poussé, c'est mon stage ici en fait, je connaissais pas du tout le trouble. Et puis, j'ai eu la liste des stages, j'ai vu ce stage-ci, je me suis dit « ok, pourquoi pas postuler » et puis

fallait lire le livre de Marsha Linehan, une Bible pour moi. J'ai compris ce que c'était que le trouble, d'où ça venait, ce que c'était que l'environnement invalidant, la validation, etc. Et là, j'ai fait « Wow, mais c'est exactement tout ce qui me passionne : émotions, trauma et attachement, génial ». Et donc j'ai fait mon stage ici, et en faisant mon stage ici, je peux pas lâcher quoi. Et donc c'est là où j'ai voulu refaire mon mémoire, plutôt en direction du coup de mes objectifs professionnels, même pour l'avenir, vu que je savais que je voulais continuer dedans, et là du coup j'ai été heurtée à ça.

Céline : Moi je dirais que ce qui me motive, en tout cas pour le moment, à me spécialiser d'autant plus, c'est la demande en fait, la demande et la souffrance aussi. Alors évidemment, chaque personne qui est face à ses difficultés éprouve de la souffrance mais moi c'est ce qui m'a touchée en tout cas. Et du coup, manque de moyens, de personnes, de prise en charge. Voilà.

Moi : Donc il y a quand même cette volonté-là de se rendre compte que il y a un trou et de vouloir le combler d'une façon ou d'une autre.

Pauline : Oui, ça devient un peu aussi une occasion en fait, on se rend compte qu'il y a une absence même de formation des professionnels qui du coup rejouent des choses qui aggravent parfois la situation. Et puis en fait oui, ça devient un peu notre bataille aussi de pousser le truc, d'offrir du coup des prises en charge qu'on sait adéquates, parce qu'il y a l'expérience de dix ans de Mosaïque, il y a eu des preuves et puis par la suite du coup d'essayer de proposer des formations, d'élargir un peu le truc, sensibiliser beaucoup plus.

Moi : Toi [Clara], je sais pas si t'as une...

Clara : Comment je suis arrivée à travailler là-dessus ?

Moi : Oui.

Clara : Ben en fait moi je me rends compte que ma porte d'entrée, c'est pas du tout le borderline. Pourquoi tu te marres ?

Pauline : Parce que je sais, et que je sais pourquoi t'avais commencé Mosaïque et donc...

Clara : Je sais pas si tu sais, fin bref, on en reparle après.

Pauline : Oui.

Clara : Mais donc en fait moi, la porte d'entrée c'est pas du tout le borderline. Moi la porte d'entrée, c'est vraiment tout ce qui est trauma et attachement. Je pense qu'en arrivant ici en fait, nécessairement, on se retrouve à se former là-dedans, parce que la population qui arrive est prise avec cette problématique-là et je pense que du coup j'ai toute une série de patients... Alors, dans ma tête je diagnostique jamais « borderline », d'ailleurs j'aime pas trop ce mot-là et je l'ai détesté à l'université parce que stigmatisé, je trouvais. Moi j'avais fait un stage en psychiatrie, mon premier stage je l'avais fait en psychiatrie, aux urgences psychiatriques, et j'avais la sensation que, en fait, « borderline » était l'étiquette qu'on pouvait mettre sur le patient qui arrivait pour se désengager de la relation. Et pour permettre une espèce de déshumanisation, et donc je me suis dit « mais c'est vraiment une étiquette de merde ». Et donc il y a même eu une espèce de truc de, en fait, je ne veux pas m'intéresser à des étiquettes qui me donneront moi, l'impulsion à me désengager de la relation, quoi. Et donc il y a même eu une forme de désintérêt pour tout ce qui était borderline. Mais par contre, je me suis formée beaucoup, beaucoup en trauma et attachement. Ce qui a fait que de plus en plus, on m'a envoyé des personnes qui avaient des réactivations de trauma d'attachement, des réactivations de trauma, beaucoup, et qui finalement arrivaient et me disaient « en fait, moi je suis borderline » et puis on m'envoyait des gens parce que on commençait à comprendre que je suivais des patients borderline, mais moi j'ai jamais mis le mot borderline dans ma tête. Et puis les choses se sont mises comme ça et je dois te dire que c'est une patientèle avec laquelle j'adore travailler parce que je trouve qu'elle est, il y a un contact humain mais tellement chouette et tellement..

Céline et Pauline : Authentique.

Clara : À travers des choses difficiles en fait, vraiment, et je trouve qu'il y a vraiment quelque chose d'hyper humain en fait dans cette pratique-là. Et donc quand à un moment donné, il y a eu la question de, moi je voulais rejoindre le groupe du jeudi, puis on m'a dit « fais ton groupe en fait ». Bah ouais, à fond ! Et donc ça s'est fait comme ça. Mais ma porte d'entrée est vraiment le trauma et attachement.

Moi : Ok. Et je me demandais du coup, quand vous vous êtes spécialisées, est-ce que, ça a été vraiment par vous-mêmes ou est-ce que vous avez eu accès à des formations et ce genre de choses, même pour le trauma, du coup, tu [Clara] as eu des formations spécifiques ?

Clara : Moi, je suis en formation tout le temps, j'en ai deux, trois par an et je sais pas combien de certificats.

Moi : Parce que, du coup ma question c'était plutôt : la recherche que vous avez faite et que vous faites toujours, en quelle langue est-ce qu'elle est ? Est-ce que vous arrivez à trouver assez d'informations seulement en français, ou est-ce que vous êtes obligées d'aller dans d'autres langues, si vous en parlez d'autres, comme aller faire de la recherche en anglais, etc. ?

Clara : Après moi, je lis principalement en anglais, je crois que j'ai 10 à 20% de mes lectures qui sont francophones. Mais ça c'est parce que j'ai un biais de chercheuse, j'ai oublié de préciser.

Céline : Moi je dirais quand même ce que j'ai trouvé, ce que je trouve, principalement en anglais, maintenant, moi ayant des difficultés en anglais, je traduis beaucoup. Après il y a des livres qui sont quand même traduits aussi directement, enfin qui sont directement disponibles en français mais souvent du coup c'est des traductions, j'ai l'impression que le général, c'est plus anglophone.

Pauline : Après de manière générale, la plupart des recherches qui sont publiées, elles sont en anglais. En fait, systématiquement même les francophones, souvent ils publient en anglais. Point de vue vraiment livres, moi c'est uniquement en français que je les lis. Maintenant voilà comme les bouquins Marsha Linehan, on sait que c'est traduit et pas toujours super bien d'ailleurs, des fois c'est un peu spéc'. Et sinon pour ce qui est des articles scientifiques, mais alors là c'est pas spécialement autour du trouble mais plutôt attachement, tout ça, comportements auto-dommageables et tout ça, c'est en anglais.

Moi : Ok, de façon générale, la recherche elle est focalisée vraiment sur l'anglais en fait comme tu dis, même les francophones écrivent en anglais.

Pauline : Oui, et puis à côté de ça, du coup nous, vu que on se repose quand même pas mal sur la thérapie comportementale dialectique, Marshall Linehan est américaine, elle a un centre en Amérique, aux États-Unis ; et donc même au niveau formation, c'est vraiment formation et pas lecture mais formation, là nous on est en train de voir pour collaborer avec des Hollandais et il va falloir faire traduire et pour ce qui est vraiment certification à la TCD, ça se fait en Amérique, donc on est obligé de changer de continent, donc on a pas le choix de se démerder avec l'anglais, quoi.

Moi : Ok, et du coup, là je passe un peu sur autre chose, mais dans votre pratique de façon générale, est-ce que ça vous arrive de recommander des livres par exemple, que vous vous aimez bien à vos patients pour les aider à se comprendre, etc. ? Et si oui, lesquels ? [...]

Céline : Moi, si je lisais plus, parce que pour le moment j'ai absolument pas le temps de le faire et c'est une frustration d'ailleurs ; oui, clairement. Si j'avais des noms comme ça à dire, je le ferai parce que, au final, je pense qu'on peut interpréter aussi les choses comme on l'entend à travers une lecture. Il y a des lectures qui peuvent être orientées mais dire « oui j'ai lu ça, donc voilà », c'est différent que de le lire nous-mêmes. Enfin je sais pas si je me suis fait comprendre, mais donc oui. Si j'avais une plus grosse bibliothèque, je la...

Moi : Tu la partagerais.

Céline : Je la partagerais, mais ça dépendrait quand même du type d'ouvrage aussi. Pas des trucs hyper théoriques avec des critères etc., peut-être ça pas forcément, parce que sinon un patient pourrait se dire, du coup il y a l'interprétation, mais se dire « si je rentre pas dans cette catégorie-là en fait, je suis où ? » mais plus des témoignages, ouais, de ressenti.

Moi : Justement le livre que je traduis, enfin je vais y revenir plus tard, mais il est dit comme étant et pour les professionnels et pour les patients et leur famille. Et personnellement, en le lisant, je ne vois pas comment ça pourrait être adapté pour des patients. C'est trop, il y a trop, comme tu dis, des critères, il y a des cas cliniques qui sont pas adaptés à la lecture de quelqu'un qui serait touché par le trouble. Et c'est, je pense que c'est vraiment pas quelque chose où on va le lire et se sentir mieux de l'avoir lu, quoi. Donc c'est vrai qu'il y a vraiment cette distinction-là à faire.

Clara : C'est vrai que pour la question vraiment du trouble borderline, en fait, j'avais acheté *Le Manuel du borderline* de Martin Desseilles, qui est un ouvrage qui est super fort recommandé pour les patients borderline et en fait, je l'ai donc je le feuilletais l'autre jour, et je vous ai envoyé une photo, j'étais là « mais en fait, c'est complètement dégueulasse. » Alors que c'est quand même un ouvrage qui est assez réputé. J'étais là mais, « comment est-ce qu'on peut... ? » En gros, c'était quoi ? « Si tu as.. »

Pauline : « Si ça se passe mal dans tes relations, c'est à cause de ton trouble...

Céline : « Change ça ».

Clara : Et en fait, j'ai l'impression que, alors je ne sais pas, j'ai pas fait d'étude sur la question, mais que... Je suis désolée, je vais t'embarquer peut-être pas là où tu veux, mais que quand on part de borderline, ça reste un truc hyper externe où en fait les personnes borderline sont des gens qui tac tac tac tac... Et donc on parle de ce qu'on observe, tu vois, alors que quand tu pars par tout ce qui est théorie trauma-attachement, en fait, on comprend, tout est compris en termes de : quelle fonction ça a ? Pourquoi c'est important ? Quelle est la souffrance derrière ? Quelle est la blessure qui va avec ? Et je trouve qu'il y a quelque chose de... la grille de lecture est d'autant plus automatiquement hyper empathique en fait, parce que tu, derrière quelqu'un qui attaque ou qui agresse, tu vois toute la souffrance qu'il y a derrière à l'instant même où elle s'exprime, alors qu'avec toutes les lectures borderline que je vois, quelqu'un qui attaque ou qui agresse, c'est quelqu'un qui est impulsif et puis qui a une maladie, quoi.

Pauline : Ça met de la distance.

Clara : Et donc je, voilà.

Céline : Moins responsabilisant et culpabilisant aussi.

Moi : C'est exactement ça. J'ai lu un article qui parlait de la stigmatisation du trouble et qui disait qu'en fait, de façon générale dans les milieux psychiatriques, les patients borderline étaient plus considérés comme responsables de leurs actes que quelqu'un qui aurait une autre maladie. Et donc en fait on leur met plus le blâme dessus de « c'est ta faute si t'agis comme ça », ce qui entraîne un cercle vicieux de « les personnes qui ne font plus confiance aux professionnels, et inversement ».

Pauline : Bien sûr. Du coup, des ouvrages, j'en conseille. En fait, j'aime bien de proposer, même à n'importe quel patient en fait parce que du coup, au service de santé mentale, j'ai vraiment de tout type de patients ; j'aime bien de proposer des ressources. Très vite, je demande, est-ce que vous aimez lire ? Oui, non ? Comme ça je sais si je conseille des livres ou pas. Si pas des livres, j'essaie de trouver d'autres ressources. Du coup, pour préciser, je vais pas proposer du Marsha Linehan parce que wow, c'est pas digeste. Par contre, je propose un livre mais du coup il est peut être traduit, je sais pas, c'est *Les borderlines* de Granger, Christophe [Bernard] Granger, je crois, qui justement je trouvais, au moment où je l'ai lu en tout cas, quand je faisais mon stage ici, avait ce côté beaucoup

plus information sur les processus qui sont en jeu, enfin peut-être pas les processus mais qu'est-ce qui explique à un moment qu'un comportement se révèle ; et il est à destination normalement des patients et de l'entourage. En fait même, je le trouve assez bien dès le départ parce qu'il, c'est un espèce de *trigger warning* de « attention, si vous, a priori vous ne souffrez pas d'un trouble borderline, vous inquiétez pas si vous vous reconnaissez dans les écrits, c'est normal quoi ». Et là j'ai fait « ah, là, on peut s'entendre » parce que je trouve que oui, en fait, n'importe qui peut se retrouver dans des manifestations catégorisées comme borderline, parce qu'en fait c'est la manifestation d'une souffrance qui est là d'une manière ou d'une autre, quoi. Et alors du coup dans les manuels plutôt, je conseille sans l'avoir fini pour autant, *Borderline : Retrouver son équilibre* de Dominique Page, qui elle du coup est française je pense hein...

Clara : Suisse.

Pauline : Suisse ? Puisqu'elle est venue donner une formation ici et puis vu que c'était elle qui l'avait écrit, j'ai plus facile à conseiller parce que je sais qu'ici du coup, l'animateur principal du groupe dans lequel j'anime a vraiment apprécié aussi la personne. Donc voilà, mais de ce que j'ai feuilleté au début, il y avait un peu ce truc quand même... Enfin, moi j'ai des patients qui revenaient et qui disaient « quand même, elle explique tout ça mais moi je me retrouve pas du tout », typiquement quand on parle d'automutilation, tous les patients se retrouvent pas dedans parce qu'en fait c'est pas toujours leur comportement auto-dommageable, il y en a d'autres. Et dans les témoignages, du coup, parfois, ils vont un peu chercher des témoignages un peu plus choc et donc des personnes qui ne se retrouvent pas dans ce genre de témoignages sont là « non mais est-ce que vraiment ça va être super adapté pour moi ? » Donc ça c'est peut-être la critique que je ferais.

Moi : Oui, donc ça je vous l'ai déjà demandé, mais est-ce que vous trouvez qu'il y a un manque de ressources de façon générale sur le trouble en français ? Vous m'avez dit que vous faites la majorité de vos recherches en anglais donc...

Pauline : Ouais. Et même pour les patients, en fait moi, franchement, je rêve d'un monde où il y a autant de livres sur le *burn out* et la dépression que sur le trauma d'attachement. C'était la raison de ma volonté de changer de mémoire, quand je feuilletais un peu au Cultura les rayons et que je voyais enfin le mot « borderline » affiché, c'était « ah, comment faire quand on est dans l'entourage d'un borderline ? », j'étais là « non mais c'est pas vrai quoi ! » et même les titres de vidéos YouTube,

des trucs super stigmatisants, je me disais « bon, si on peut quand même avoir des ressources un peu moins stigmatisantes et un peu plus aussi ancrées, ce serait pas mal, quoi »

Moi : Est-ce que du coup ce manque de ressources-là, ça vous a impacté dans votre pratique ou dans les prises en charge ? Ou le fait que justement vous arrivez à faire des recherches dans plusieurs langues ça un peu compensé la chose ? Je ne sais pas si ma question est très claire.

Pauline : Oui. Moi j'ai pas beaucoup de réponses à apporter en fait, parce que du coup, mon parcours fait que, j'étais même pas sortie de l'unif que j'avais déjà eu mon expérience ici et en réalité, Mosaïque, c'est personnellement ma formation à la TCD. C'est comme ça que je me forme et que je me spécialise dans le trouble. C'est vraiment la base et donc ma base, c'est Marsha Linehan. Puis tout ce qui est supervision, interventions, puisque mes collègues vont proposer comme ressources... Disons qu'on a mâché le travail à ma place, donc je suis tranquille, quoi [rires]. Pour le moment, en tout cas, c'est ça, je suis à la bonne place.

Moi : C'est quand même plus des collaborations du coup avec les différents professionnels que... Enfin, je veux dire, tu te nourris finalement du savoir des autres personnes.

Pauline : Oui, parce que même en terme de formation, du coup, la seule formation à laquelle j'ai assisté, c'est celle de Raphaël Gazon. Et puis après voilà, on est à la recherche de congrès et de trucs qui peuvent... mais en fait, du coup automatiquement, si tu veux te renseigner dans la prise en charge ou même au niveau du trouble borderline, c'est pas le trouble borderline qu'il faut aller chercher, c'est les traumatismes d'attachement et c'est ce que Clara disait. Au niveau congrès, on va plutôt aller chercher tout ce qui est trauma d'attachement, c'est super rare quand on a des trucs spécifiques, ou alors la TCD [...].

Moi : Pour se amener un peu à la traduction qui est ma formation, est-ce que vous pensez que ce serait bénéfique d'avoir une plus grande traduction francophone des ouvrages qui existent déjà et que ça pourrait aider justement la prise en charge de certains patients ?

Clara : Alors moi, je ne connais pas la littérature du milieu francophone, alors je ne sais même pas te dire s'il y a un trou. Certainement... Oui, je prends le *Manuel du borderline* qui est le plus référencé et le plus recommandé, je pense que c'est clair que ça montre qu'il y a un trou. Et donc certainement que certaines traductions seraient quand même super cool mais je ne saurais pas dire des quelles. Il

existe certainement dans le monde anglophone des ouvrages qui sont extrêmement pertinents pour nous, cliniciens francophones, et qui permettraient quand même de... Parce qu'il y a un manquement terrible en termes de compétences chez les cliniciens, je trouve. Même chez les personnes expérimentées, c'est pas juste une question d'expérience. quoi ? Donc oui, maintenant laquelle ? Je ne sais pas.

Pauline : Moi ce serait plutôt l'inverse, je sais pas ce qu'il y a finalement au niveau anglophone, donc, en fait je dirais de manière générale, ça dépend lesquels, quoi.

Moi : Mais que ce soit traduction ou rédaction, au final.

Pauline : Oui, de toute façon. En fait, la réponse que j'avais en lisant la question tout à l'heure, c'était plutôt aussi de l'ordre de : d'office oui, parce qu'on manque de représentation tout court, et donc je pense que oui il y a forcément des manquements, quand on voit que à l'unif' on t'apprend rien, au niveau formation, c'est parfois galère d'en avoir... Niveau littérature, je pense que c'est pareil.

Céline : Rendre peut-être plus accessible quand même. De nouveau, je sais pas si c'est ma paresse intellectuelle qui parle mais je pense que ça pourrait rendre quand même plus accessible.

Pauline : Oui. De témoignages par contre, ça je n'en ai pas, personnellement, en lecture à proposer. Je propose du coup des podcasts mais je pense qu'en termes de témoignages, il serait pas mal d'avoir un peu plus, parce qu'en tout cas moi, c'est ce que j'observe. On m'en demande souvent, des références en termes de témoignages parce qu'il y a un besoin aussi d'apaiser ce sentiment de solitude et ce sentiment d'être un extraterrestre, et donc de pouvoir entendre ou lire des personnes qui connaissent le même vécu, qui parfois utilisent même juste les mêmes mots, et ça amène un apaisement. Et ça, je sais que dans ma clinique, on m'en demande souvent.

Moi : C'est vrai que finalement, la plupart des livres qui existent, c'est écrit par des professionnels et qui n'ont donc pas l'expérience du trouble, à part Marsha Linehan. Donc vous n'avez pas des ouvrages en tête, je veux dire un peu des bibles anglophones que vous voudriez voir traduits ? Pas spécialement en tout cas.

Pauline : Si la réponse doit être quelque part, c'est par là [pointe Clara].

Clara : Pour des patients ?

Moi : Pas spécialement.

Clara : Après j'ai aussi un autre biais parce que moi, avec un *background* de chercheuse à l'université, ce que je lis est fortement scientifique et très peu vulgarisé. Et donc les ouvrages que j'ai sont aussi souvent des grands manuels de recherche, quoi. Donc quand je lis sur l'attachement, je lis pas un truc... Et donc ça, je recommande même pas spécialement pour les professionnels, parce que c'est pas, c'est brut. Et donc ça c'est vrai que je crois que j'ai un biais qui fait que c'est compliqué pour moi d'aller chercher des choses vraiment de vulgarisation [...] pour les professionnels. C'est pour ça que tout à l'heure, je disais que tu serais sûrement plus balaise sur cette question-là [pointe Pauline].

Céline : Moi, j'en ai un que j'avais utilisé pour mon mémoire et que je m'étais dit justement « je suis très triste qu'on ne l'ait pas traduit en français » mais je retrouve pas le... En tout cas, c'est sur la communication interpersonnelle mais qui du coup me fait quand même penser à un des modules de l'efficacité interpersonnelle qu'on a dans l'approche ici. Du coup j'essaie de rechercher le titre là je l'ai pas, je te le passe dès que j'ai trouvé.

Moi : C'est pas grave. Mais du coup toi [Clara] aussi, t'écris de la recherche aussi ? Toi-même tu participes à tout ce qui est trauma d'attachement, etc. et recherche là-dessus, pas que de la lecture du coup.

Clara : On a des projets de recherche.

Pauline : Tu rédiges toujours, ah, peut-être pas sur le trauma d'attachement.

Clara : J'ai pas encore rédigé sur le trauma d'attachement.

Moi : Et je me demandais aussi si la traduction, elle avait une place dans votre métier, dans le sens où est-ce que il y a des mots – et ça je pense notamment à Mosaïque – qui n'ont pas encore de traduction. Et donc est-ce que vous utilisez des anglicismes, que ce soit entre les professionnels ou avec les patients ? Si oui, est-ce que vous êtes satisfaites de ça ? Donc dans le sens, par exemple la thérapie dialectique, il y a énormément d'acronymes. Je sais que ces acronymes-là n'ont pas

spécialement toujours de traduction, est-ce que vous vous êtes satisfaites d'utiliser le mot anglophone ou est-ce que vous aimerez bien que... Est-ce que vous utilisez des choses qui sont non-traduites dans la vie de tous les jours dans votre langage ?

Clara : Au-delà des *GIVE*, *DEARMAN*, machin ?

Moi : Notamment.

Clara : Oui c'est vrai, dans la TCD, on reprend tous les acronymes anglophones, ce qui est un peu nul.

Pauline : Oui, et puis c'est très, très mal fait. Dans le module de régulation émotionnelle, on avait le dernier acronyme pour prendre soin de son corps, pour prendre soin de sa santé mentale, en gros. Et en fait on se rend compte il y a des trucs... En fait, ils gardent le début de la lettre et puis ils tournent en phrase pour que ça colle à tout prix puis ils changent l'ordre...

Clara : Oui, là on a besoin de traducteurs.

Pauline : Je pense, parce que tu posais la question tout à l'heure, en vrai refaire le manuel de TCD ce serait peut-être pas de refus. Il est traduit, il nous permet quand même de bien bosser mais le nombre de fois où on se dit « ouais les gars, c'est de la traduction, c'est normal que c'est mal dit et puis du coup on va reformuler nous-mêmes aussi, genre « est-ce que votre émotion est **juste** ou pas ? » c'est super invalidant, nous on aime pas ce mot-là, donc on a tendance à, au lieu de dire « est-ce que c'est juste ? » ou « est-ce que l'émotion est juste ou pas ? », on a tendance à dire « est-ce qu'elle est **efficace** ou pas ? » parce que « juste », elle est toujours légitime. Enfin, c'est des trucs où en fait, on se rend compte qu'on bloque un peu, peut-être à cause de la traduction et tout ce qui est « événement **positif/négatif** » maintenant c'est « événement **agréable/désagréable** », en fait. Donc il y a des choses, je pense que ouais, ça serait pas mal de revoir un peu comment ça a été traduit.

Céline : Clairement, j'ai l'exemple d'une des dernières présentations que j'avais faite avec vous avant d'être partie. « Manque de compétences », je trouve ça nouveau... Enfin, c'était dans ce qui rend la régulation de vos émotions difficile. Il y avait biologie, renforcement du comportement émotionnel, sautes d'humeur et il y avait « manque de compétences ». En fait c'est parce que le

parent a lui-même peut-être manqué donc du coup n'a pas transmis. Mais je trouve que quand on lit « manque de compétences », on en avait même discuté ensemble, c'est responsabilisant, invalidant, tout ce qu'on veut. Et on avait même trouvé quelque chose plus ou moins ok, et je m'en voulais même parce que dans le PV, j'avais mis « manque d'apprentissage », un truc comme ça, j'avais je pense par facilité repris un mot comme ça et en fait j'étais pas tant que ça d'accord mais pourtant parce que j'avais pas la traduction qui était là direct, j'ai repris le truc qui était utilisé dans le livre, quoi.

Pauline : Moi je l'imagine en anglais, du coup c'est *lack* à mon avis. Je pense c'est pas manque, c'est compétences insuffisantes mais tu vois, les mots sont... je les trouve parfois piquants et en fait connotés négativement alors qu'en fait c'est pas ça, c'est juste un trou.

Moi : Mais dans ma traduction aussi, j'ai traduit du coup deux chapitres et demi du livre que j'ai choisi et il y a des acronymes dans la partie sur toutes les techniques de thérapie qui sont... soit je garde, imaginons il y en a c'est *STAIRWAYS*, donc ESCALIERS, soit je garde *STAIRWAYS* et j'essaie de mettre une phrase en français pour chaque lettre. Mais ça n'a pas de sens parce qu'on ne comprend pas *STAIRWAYS*. Ou alors je mets *ESCALIERS* mais du coup, c'est vraiment des casse-têtes de « qu'est-ce qui est adapté ? Qu'est-ce qui fonctionne le mieux finalement ? »

Pauline : En fait, je me rends compte maintenant tu le dis, niveau acronymes, on utilise des acronymes tout le temps. On parle de TCD tout le temps, parce que c'est plus court de dire TCD que thérapie comportementale dialectique.

Clara : Ça c'est français, on l'a traduit.

Pauline : Oui, là c'est en français, mais alors je pense à *PTSD*, moi je dis toujours *PTSD*, tu me dis TSPT je suis là « ah oui ». Et en fait en psycho de manière générale, on a des abréviations tout le temps, au point où même parfois entre nous, on ne comprend pas toujours. C'est pas le truc le plus pratique.

Moi : Et je me demandais, du coup, le livre que j'ai choisi, ça s'appelle *I Hate You—Don't Leave Me, Understanding the Borderline Personality*. Je me demandais si vous l'aviez déjà entendu ou pas du tout ?

Pauline : Non, pas du tout.

Moi : C'est un livre finalement fort spécifique, c'est quand même recensé comme un *best-seller*, c'est par deux américains. Mais justement, si vous l'avez pas lu vous ne pourrez pas me répondre, mais j'ai toute une partie dans ma mémoire qui est sur le stigma, que je trouve que l'auteur continue de...

Céline : D'alimenter ?

Moi : D'alimenter, parce qu'en fait, dans son introduction, il dit lui-même qu'il essaye en fait, parce qu'il y a eu trois éditions, donc à chaque édition d'améliorer ça et de diminuer. Mais par exemple, la plupart du temps il utilise le pronom « elle » pour parler de la personne borderline sauf qu'en anglais *person* n'est pas genré, donc c'est vraiment lui qui choisit de mettre *she* après. Il y des termes où il y a quand même la manipulation qui revient. Ça pareil, je traduis pas par « manipulation » parce que ça n'a peut-être pas la même connotation en anglais, on ne sait pas, mais c'était « manipulation » dans le sens « essayer d'obtenir de l'aide de quelqu'un », et avec ma co-promotrice, on se disait qu'en fait ça a une connotation tellement négative en français qu'on dirait qu'on essaie d'utiliser la personne à des fins personnelles. J'ai une dernière question. Une autre difficulté qu'il y avait dans le livre mais déjà en anglais, c'est que l'auteur, ça j'ai pu en discuter avec lui mais il m'a dit qu'il avait pas de meilleure solution, on ne sait pas comment appeler une personne borderline en fait, parce que dans les anciennes éditions, il disait juste « le borderline » ou « la borderline », ce qui a été beaucoup critiqué puisque ça voulait vraiment dire que la personne **était** le trouble et pas **avait** un trouble. Donc du coup il a essayé de changer et donc il mettait « le patient borderline », « la personne avec un trouble borderline » et « l'individu borderline », etc. Et donc moi j'ai dû traduire ça littéralement parce que j'avais pas non plus de meilleures propositions et je me demande si vous... qu'est-ce que vous dites ? Est-ce que vous utilisez le terme « borderline » ? Toi [Clara] tu disais que tu l'aimais pas trop, est-ce que vous dites un patient borderline, enfin je sais pas trop comment vous vous référez aux personnes diagnostiquées avec ce trouble-là?

Céline : « Personne souffrant d'un trouble borderline » mais même quand je dois le dire, je marche sur des œufs.

Pauline : Je me rends compte que parfois c'est plus simple pour moi dire « des patients borderline ». À l'écrit, parce que du coup je vais prendre un peu plus de temps à l'écrit, je vais préférer dire « patients **étiquetés** borderline ». Je crois que c'était à la suite de l'article que tu [Clara] m'avait fait lire sur les prises en charge en hospitalisation hyper stigmatisées ? C'était lui qui écrivait, je pense, « les patients étiquetés avec un trouble borderline ». Enfin, moi je suis plus à l'aise avec ça parce

que je me dis en fait c'est ça, c'est qu'on les a mis dans une catégorie à un moment, quoi. Et sinon, trouble de la personnalité état-limite, franchement, c'est rare que je l'utilise, parce que bordel, c'est long. Ou alors TPL à la limite.

Moi : J'avais aussi la question, je savais pas si je traduais TPL ou TPB en français, moi j'ai choisi de garder « borderline » donc j'ai mis TPB mais pareil, il faut que j'explique les différences entre tous les termes et même le terme en français n'est pas hyper fixé.

Pauline : Non, il y a les deux. Je pense que même dans le *DSM*, c'est écrit « trouble de la personnalité limite – borderline ». Je crois qu'il y a même les deux.

Moi : J'ai pas lu le *DSM* en français, c'est vrai qu'il faudrait que j'aille voir.

Paulien : Il est sur internet.

Moi : Du coup, j'ai lu la partie en anglais.

Pauline : Et t'as la partie patients et la partie professionnels, aussi.

Moi : Ah ok, ça je savais pas.

Pauline : Ouais, normalement sur le site tu peux sélectionner, c'est pas écrit de la même manière.

Moi : Et du coup je sais pas si toi [Clara] tu as une autre proposition ?

Clara : J'étais un peu en train de réfléchir à comment est-ce que j'utilise ce mot. Et en fait, dans le milieu pro spécialisé, j'utilise « bordeline », « les borderline ». Mais avec, je pense, comme acquis clair derrière et avec les personnes avec qui je parle de ça qu'en fait « borderline », c'est un concept et ça n'existe pas en fait. C'est juste un concept, une entité statistique. Mais si je parle d'une personne, et donc quand je parle de « borderline », je parle de l'ensemble des symptomatologies. Et donc les personnes à qui je dis ça savent, on est d'accord sur ça, on parle pas d'individu. Et du coup, je pense que quand on est ici dans le centre, on parle des borderline mais je pense que ni David, ni toi, ni moi ni personne n'avons l'impression de travailler avec des... Enfin, il y a un truc

très désessentialisant, comme ça. Pour ma consultation individuelle où je pense qu'on pourrait mettre toute une série de personnes dans cette catégorie-là, jamais je dis ça.

Moi : Tu ne les étiquettes pas de cette façon-là ?

Clara : J'étiquette pas tout court, en fait. À mon compagnon, je dis que je travaille avec des personnes qui ont des parcours de vie compliqués. Et c'est vrai que quand je suis dans un milieu pro non spécialisé, alors je vais dire que je travaille avec des personnes qui ont ce qu'on appelle un trouble de la personnalité borderline. Moi j'ai pas de traduction.

Moi : Ok, je sais pas si vous voulez ajouter un truc sur le sujet mais en tout cas j'ai posé les questions auxquelles j'avais pensé. Si c'est bon pour vous, c'est bon pour moi.

Clara : *Welcome* à toute la littérature traduite alors, anglophone !

Pauline : À fond, vraiment je te dis ça me parlait bien, puisque je voulais faire mon mémoire sur la question de l'auto-stigmatisation...

Moi : T'as pas pu le faire du coup ?

Pauline : Non, pour le moment [rires]. Mais je trouve ça vraiment chouette du coup que même dans le domaine de la traduction en fait, on s'intéresse à un moment à la manière dont c'est traduit et comment même une simple traduction peut rajouter du stigma et peut avoir en fait des impacts. Parce que du coup, pour aller plus loin, j'ai fait quand même mon mémoire sur une question de stigmatisation, mais pas dans le cas du trouble. Et il est évident que toute forme de stigmatisation tue, littéralement. Et je pense que c'est un enjeu auquel il faut absolument s'attaquer.

Clara : En fait, dans la psychose t'as même une auteure, et j'avais trouvé ça hyper balaise, qui a réussi à te faire un lien de causalité hypothétique, qui a été pas été prouvé mais, de causalité entre auto-stigmatisation et décompensation psychotique, en gros la psychose donc t'as des épisodes... Certains patients peuvent aussi avoir des épisodes psychotiques, donc des épisodes où en fait t'as soit du délire, soit des hallucinations, soit... Et en fait, elle avait réussi à montrer comment la stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale crée un lien de causalité clair entre des décompensations psychotiques.

Pauline : Pas plus tard que hier soir en réalité on a pu le remarquer. T'as un comportement stigmatisant et invalidant et quand il y a un patient qui a des comportements auto-dommageables qui peuvent flamber juste parce que, enfin moi je le traduis comme ça avec mes patients, en fait il y a un moment vous allez demander de l'aide et on vous dit non, vous allez juste dire un moment « bah regarde, regarde. Je souffrais, tu m'as pas cru avant, ben là tu vas me croire. » Et rien que là, je suis désolée mais la stigmatisation met des vies en jeu. Rien que de cette manière, avec un effet aussi direct que ça.

Clara : Ce qui est atroce, c'est que quand on souffre de ça, je crois sincèrement – ceci reste peut-être entre nous – mais qu'en fait, t'as pas intérêt à compter sur les services de soins, quoi. Si tu comptes sur les services de soins, en fait ça fait pire et donc t'as intérêt à construire un truc de l'ordre « je me démerdrai sans ceux, tout seul, et je vais trouver mes ressources tout seul », mais pour certains ça peut marcher, pour des tas d'autres en fait, c'est compliqué. Ça peut aussi contribuer à pas de soins, à empirement des symptômes..

Pauline : En tout cas je pense que, enfin moi je dirais peut-être pas directement ne pas compter du tout sur les institutions de soins, mais avant d'aller chercher, de préparer le terrain, aller chercher de l'aide je veux dire, de préparer le terrain pour savoir quel type d'aide on peut vraiment avoir.

Clara : Et il y a des services qui fonctionnent très bien, je tiens à dire.

Pauline : Mais en termes de vraiment urgence, c'est d'être très au clair sur « je vais chercher du soin pour ma plaie, je vais chercher du soin pour me donner un médicament qui me permettra d'apaiser là sur le moment, je mets mon corps en sécurité » et pas tous les enjeux derrière. Et je pense qu'il faut clarifier que c'est pas de la validation, du soin psychique ou d'un sentiment d'être compris qu'il faut aller chercher là.

Clara : Et donc si tu trouves un ouvrage qui explique comment structurer, de façon vulgarisée, un service en psychiatrie par exemple, comment accompagner la crise de quelqu'un qui arrive... Enfin là, je trouve qu'il y a un truc de fou.

Pauline : Carrément.

Céline : On a chacun à faire des efforts à son échelle, on fait tous partie en fait de cette chaîne à pouvoir casser, ou en tout cas diminuer l'alimentation qu'il peut y avoir. Parce que parfois c'est maladroit, mais en en utilisant un mot, en ne faisant pas l'effort de dire « un borderline » mais « une personne qui souffre de... ». Ça raccourcit mais ça cloisonne aussi.

Pauline : Ça cloisonne aussi, ça catégorise. Pour ce qui est de l'utilisation du genre féminin, dans les ouvrages en français aussi : Marsha Linehan, elle écrit « elle » d'office. Le bouquin-là que David nous avait conseillé, je suis en train de le lire et c'est écrit « elle » de temps en temps, de temps en temps « il », puis il se dédouane, c'est quelque chose qui m'agace, il se dédouane au début du livre en disant : « Ah le choix, c'est pour la facilité de la lecture ». C'est du *bullshit*, on a pu prouver que l'écriture inclusive elle gêne pas du tout la lecture, donc vous me foutez la paix avec ça. Mais c'est vrai qu'il y a des fois où en fait, moi ça me satisfait parce que oui, il y a une sorte de réalité par rapport aux violences vécues chez les femmes ; au moins là, on ne dit pas « il » alors qu'on sait que la majorité c'est les femmes, et en même temps de l'autre côté, sur tout l'ouvrage, ça veut dire « c'est un trouble qui concerne que les femmes ». Alors oui, il y a une majorité de femmes qui sont « diagnostiquées » avec un trouble mais ça représente pas la réalité.

Moi : J'ai lu des articles aussi qui disaient qu'en fait finalement oui, on dit que... Et c'est ce que l'auteur m'avait répondu, il m'avait dit « mais j'ai utilisé « elle » parce que il y a 75% des personnes diagnostiquées qui sont des femmes. Mais dans l'article, une autre personne disait que le problème, oui il y a 75% de femmes, mais c'est juste parce qu'on va pas les considérer de la même façon que les hommes. Les hommes, pour les mêmes symptômes, on va les diagnostiquer par autre chose, et que les femmes, ça vient clairement du diagnostic d'hystérie d'il y a des années qui a découlé.

Pauline : C'est tout un débat. Je pense que l'écriture inclusive répond à tous ces débats.

Moi : Voilà, c'est la grosse question actuellement, si je mets tout mon mémoire en écriture inclusive, la traduction en tout cas.

Pauline : J'ai écrit mon mémoire en écriture inclusive, c'était tout un truc, si je laissais ou pas, s'ils allaient me faire chier pour ça... J'ai travaillé aussi sur une population qui est fort stigmatisée, beaucoup dans la communauté LGBTQIA+, donc je me suis dit « non, je l'écris pour eux, donc ce sera en inclusif, et c'est tout ».

Moi : Merci beaucoup à vous.

Céline, Clara, Pauline : Merci à toi.

Appendix 3: Interview with Mathieu Taureau

Note: On the 2nd of July 2025, I interviewed a psychiatrist, Mathieu Taureau, who works at the Petit Bourgogne, a psychiatric hospital in Liège. The interview was done in French and lasted approximatively 25 minutes and was recorded. I used Word's tool for transcription, that I then revised.

Moi : Bonjour, est-ce que vous pourriez commencer par vous présenter : votre nom, ce que vous faites, votre spécialisation, etc. ?

Dr Taureau : Moi, je suis le docteur Taureau, je suis psychiatre sur ISOSL à Petit-Bourgogne et un petit peu Agora, et je suis psychiatre et psychothérapeute spécialisé principalement dans une orientation cognitive et comportementale sur les troubles de la personnalité et la régulation des émotions. Et donc je suis responsable médical d'une unité d'hospitalisation des Alizés, qui est une unité d'hospitalisation qui travaille principalement dans le domaine de la psychologie médicale et de l'hospitalisation pour les troubles de personnalité borderline.

Moi : Et je me demandais quelle était la raison pour laquelle vous avez décidé de vous renseigner, spécialiser dans le trouble borderline ? Si par exemple, justement, vous avez remarqué qu'il y avait un manque d'information sur le sujet, un manque de prise en charge, etc. ?

Dr Taureau : Alors c'est une question vaste. En fait, un point qui m'a beaucoup intéressé, surtout de la personnalité borderline, c'était que j'avais fait un stage de formation au Québec, à Montréal, sur un programme qui est le programme des troupes de personnalité et où ils se spécialisaient aussi dans une sorte d'hôpital de jour et de groupes de patients, ils ne travaillaient qu'avec des patients borderline. Et je trouvais le sujet hyper intéressant, là où en Belgique, les patients borderline sont surtout étiquetés comme « les patients pénibles avec qui on a du mal à travailler et qui sont épuisants, transgressent le cadre, mettent en difficulté », donc je voyais plutôt un intérêt là où d'autres collègues n'y voyaient pas forcément cet intérêt. Et de fil en aiguille, quand on s'intéresse à des trucs, notamment à des situations qui sont parfois plus compliquées, et qu'en plus les collègues sont saturés, on finit par petit à petit malgré tout se spécialiser malgré soi dans cette pratique. Et puis ensuite, comme j'aimais bien ce que je faisais, je me suis formé de plus en plus dans ces domaines-là. Et en fait effectivement, comme il n'y a pas beaucoup de prise en charge très spécialisée, notamment en psychiatrie institutionnelle, à ma connaissance, à l'heure actuelle notre

service de psychiatrie est le seul qui se présente comme un service qui est spécialisé pour les troubles de personnalité borderline ou en tout cas qui offre une compétence plus accrue dans ce domaine-là. À Liège, on est les seuls à faire de l'hospitalisation pour ça. Et en Belgique francophone, il n'y en a pas énormément. On a déjà eu des patients de Bruxelles ou des patients de... même des fois qui étaient de Mons ou de Charleroi et qui venaient plus spécifiquement dans notre service.

Moi : Je me demandais si vous aviez reçu de l'éducation là-dessus à l'université ou est-ce que vous vous êtes renseigné plutôt vous-même ? Grâce à des formations ou d'autres professionnels : est-ce que ça a été fait par vous-même, est-ce que c'était plutôt parce que... Attendez, je recommence. Est-ce que vous avez réussi à faire votre recherche en français ou est-ce que vous avez dû aller dans d'autres langues comme l'anglais pour avoir plus d'infos sur le trouble borderline ?

Dr Taureau : Il y a plusieurs éléments de réponse. Le fait est que pour la recherche, il n'y a pas beaucoup d'informations données sur le trouble de personnalité borderline en psychiatrie ou encore plus dans la formation, que ce soit à l'unif ou ensuite, on a plutôt une présentation très diagnostique de ce que c'est le trouble de personnalité borderline, donc on a juste les critères diagnostiques qui sont mis. Et, qui plus est, il n'y a pas vraiment une formation psychothérapeutique poussée ou spécialisée dans ce domaine-là donc on est obligés de se former un peu de son côté. Pour mes recherches, alors j'ai quand même fait des formations. Il y a quand même quelques références francophones maintenant qui arrivent sur le territoire et qui proposent des formations. Donc j'ai pu me former en français, maintenant pour tout ce qui est recherche littéraire et bouquins, j'ai fait pas mal de recherches dans des bouquins anglo-saxons. La plupart des références sont traduites maintenant ou commencent à être traduites. Il y a quand même des bouquins. Maintenant, typiquement, je me rappelle d'un bouquin de Gunderson, que je n'ai jamais trouvé en français. Voilà, si on sort des auteurs un peu principaux comme Kernberg et Marsha Linehan, qui sont vraiment les fondateurs, ou de certains auteurs qui se spécialisent dans la francophonie parce que la francophonie commence à être vaste. Voilà, on peut trouver quelques auteurs, enfin quelques textes traduits en français. Mais sinon pour beaucoup, c'est des textes en anglais ou des bouquins de référence en anglais. Il y a des références patient qui n'existent que en anglais aussi, donc c'est intéressant de les traduire. Et les articles et publications elles sont tout le temps en anglais, quasiment.

Moi : Oui, c'est ce qu'elles [Céline, Clara, Pauline] me disaient hier dans l'interview, les psychologues que j'ai interviewées. Je me demandais si dans vos prises en charge est-ce que ça vous arrive de

recommander des livres qui parlent du trouble borderline à vos patients ?

Dr Taureau : J'en ai quelques-uns. Du coup, c'est des références francophones, ce qui restreint un petit peu la palette, sachant qu'il faut réussir à trouver des ressources de psychothérapie. En français, il y en a quand même pas mal maintenant, vous allez à la Fnac, vous allez trouver toute une série de livres de psychologie. Maintenant, trouver une référence pointue, validée médicalement dans une ressource qui est compétente et solide pour une personne qui présente un vrai trouble mental et donc qui a besoin de soins spécifiques, on va pas juste dire « allez acheter ce bouquin à la Fnac, il est super », donc des fois il faut se tourner vers des auteurs plus pointus, effectivement. Et des fois, c'est plus limité parce que il y a moins de choix entre guillemets dans la littérature française. Il y a quelques bouquins quand même.

Moi : Et vous avez des exemples justement de ces bouquins ?

Dr Taureau : Oui, hein, il y a le cahier d'exercices... Le cahier d'exercices *Borderline : Cahier pratique de thérapie à domicile* de Déborah Ducasse. Il y a le *Manuel du borderline* de Dessailles, qui est pas toujours bien saisi par les patients mais qui est quand même utile. Ça c'est les deux bouquins que je donne pas mal. Et sinon, il y a un bouquin qui s'appelle *Je réinvente ma vie*. Si je ne m'abuse, c'est un bouquin qui est traduit en français, c'est *Reinventing Your Life*, je pense en... Parce que c'est Jeffrey Young et je pense que Jeffrey Young il était anglo-saxon. Et ça c'est un bouquin traduit par Cousineau qui a le bon goût d'être... Je pense que c'est Cousineau qui l'a traduit et qui lui est francophone. Mais voilà, ça, c'est quelques bouquins que je peux conseiller.

Moi : Et donc je me demandais, vous ne postulez pas spécialement qu'il manque énormément de ressources en français ? Enfin je veux dire, en tout cas, c'est ce qui était ressorti de l'entretien hier avec les psychologues, c'était que en français, en fait, il y avait pas grand-chose. Mais vous avez quand même quelques livres au moins à recommander.

Dr Taureau : Voilà, on est pas... Il n'y a pas autant de ressources faciles et validées que pour la dépression, par exemple. Il y a des sujets qui vendent mieux que d'autres, pour ainsi dire. Le trouble de personnalité borderline et vraiment essayer de cibler un livre extensif sur le trouble, c'est compliqué. Après, il faut parfois sortir un peu, s'inspirer de quelques chapitres, partir sur des d'affirmation de soi, sur la compétence interpersonnelle, mais c'est plus du bricolage entre guillemets. L'essentiel de la littérature du trouble de la personnalité borderline, elle est anglo-

saxonne, pour plein de raisons. Notamment que la principale référence... enfin, le terme « borderline », c'est pas un francophone qui nous l'a pondu ce terme-là. Et c'est principalement les courants anglo-saxons qu'on travaille sur ce type de modèle.

Moi : Et je me demandais justement, mon mémoire je le réalise sur un livre qui s'appelle *I Hate You—Don't Leave Me*, je me demandais si vous le connaissiez, c'est de Jerold Kreisman.

Dr Taureau : Je ne le connais pas, mais ça a l'air intéressant. C'est mal si je le connais pas ? Ils le connaissent les autres ?

Moi : Non [rires].

Dr Taureau : Kreisman... Non, c'est un bouquin de référence ? C'est un guide-patients ?

Moi : Non, il est dit comme adressé et aux professionnels et aux patients. Personnellement, je trouve que c'est pas adapté aux patients mais... Il y a beaucoup de choses à critiquer dedans et mais il y a aussi beaucoup de choses hyper intéressantes. Il y a tout un chapitre sur les techniques de thérapie, mais ça va très très loin parce que c'est des choses qui n'existent même pas en France. Évidemment, il parle de la thérapie dialectique, mais...

Dr Taureau : Il existe plusieurs courants thérapeutiques, mais l'essentiel des courants thérapeutiques intéressants pour le trouble de la personnalité borderline sont sortis du... Déjà, ils sont basés sur la conceptualisation de cas par des auteurs anglo-saxons et sortent des codes de pensée anglo-saxonne. Donc typiquement la thérapie comportementale dialectique, elle est plutôt anglo-saxonne. Les thérapies ACT sont d'origine anglo-saxonne, la thérapie basée sur la mentalisation aussi, les courants cognitivo-comportementalistes aussi à certains égards. La *mindfulness* par définition, et même maintenant, là je m'intéresse au protocole unifié de Barlow qui peut avoir un intérêt, c'est un protocole qui est américain je pense à la base, et donc il y a parfois les auteurs qui timidement le ramènent. L'essor des formations en ligne à distance a aussi permis de s'ouvrir à des courants par la francophonie, par le Québec, la Suisse, etc. Mais forcément, tout ce qui est nouveau en termes de thérapie moderne vient plutôt du monde anglo-saxon. Tellement aussi du fait qu'on a une tradition très analytique en Europe.

Moi : Oui, c'est ce qu'on m'a dit hier, qu'il n'y avait pas de formation là-dessus ici et que si on

voulait vraiment se former sur la TCD, en fait il fallait limite aller en Amérique parce que ici il n'y a pas de choses hyper focalisées là-dessus ou alors c'était plus le trauma d'attachement et donc sortir du terme en soit « borderline ».

Dr Taureau : Ouais. Ce qui peut être une astuce, c'est partir à Montréal où l'avantage, c'est qu'il y a une telle francophonie qu'ils mettent des ressources traduites, parfois un peu étranges et parfois traduites un peu bizarrement par rapport à ce qu'on attendrait. Mais c'est des ressources utiles pour ça. Parce qu'ils ont ce courant très américain, mais que forcément leur francophilie et leur francophonie font qu'il y a beaucoup de ressources traduites. Il y a même un site que j'ai déjà conseillé à des patients quand même qui est TCD Montréal, qui est une boîte à outils avec des ressources et qui a des modules comme ça et c'est des trucs très largement traduits de l'anglais. On voit même des acronymes qui ont été revus de manière un peu cavalière pour que ça corresponde quand même à quelque chose en français alors que c'était de l'anglais. Voilà, c'est des ressources mais l'essentiel vient des pays anglo-saxons.

Moi : J'avais aussi entendu cette critique-là hier. Finalement, même les livres comme celui de Marshall Linehan ne sont pas spécialement bien traduits. J'amène là ma question du coup : est-ce que la traduction a une place dans votre métier et est-ce que, par exemple, ça vous arrive d'utiliser des anglicismes à part le terme « borderline » ? Si oui, est-ce que vous êtes satisfait de conserver ces termes-là en français, ou est-ce que vous préféreriez avoir une traduction plus adéquate ?

Dr Taureau : Je ne me suis jamais posé la question. Mais c'est sûr qu'il y a des termes anglais qui vont se balader là parce que... des fois, ne serait-ce que par faute d'un terme plus adéquat qui me viendrait spontanément en tête pour synthétiser le terme. Des fois, le fait est que les termes ne veulent pas exactement dire la même chose quand on les amène en anglais ou en français, même tout ce qui va être quand on parle de *mindfulness*, quand on parle de *borderline*, quand on parle d'*acting*, c'est des choses qui peuvent... C'est les anglicismes qui existent et qui n'ont pas de traduction à ma connaissance immédiate en tout cas. Et par exemple, un truc tout bête, mais là on voit par exemple dans des bouquins comme *TCD Montréal* un acronyme qu'on utilise pour améliorer la situation, l'acronyme c'est *IMPROVE* sauf que du coup c'est, imaginons mettant un sens : « Prière, relaxation orientée sur une chose dans le moment présent et vacances et ce qu'il a fallu trouver... Imagerie, *meaning* voilà, « mettant un sens » mais bon c'était pas exactement la même chose, mais l'acronyme a dû être tordu pour que le mot *IMPROVE* puisse quand même fonctionner.

Moi : C'est ce qu'on m'a dit également pour la thérapie dialectique où il y a plein de concepts comme *GIVE*, *FAST*, *DEARMAN*, etc.

Dr Taureau : Oui, qui sont des thèmes qui ont été créés en anglais et donc on est obligés de s'y adapter, en quelque sorte.

Moi : Qui finalement ont été conservés en français, mais avec des adaptations de phrases un peu...

Dr Taureau : Un peu bizarres. Dire à quelqu'un qu'il retient *IMPROVE*, déjà ça ne signifie pas ce que signifie *improve*, c'est embêtant. Et si en plus il faut lui dire que le M de *meaning* c'est pour en fait « mettre du sens dans la situation », ça casse un peu l'intérêt de l'acronyme s'il faut réfléchir à ce que l'acronyme veut dire ensuite pour le mémoriser.

Moi : Et est-ce que du coup ça vous est déjà arrivé de vous-même avoir recours à la traduction parce que vous trouviez que ça manquait, justement ?

Dr Taureau : Oui, donc moi j'avais fait pour le set de cartes du *Handbook* de TCD qu'on utilise, le fameux livre vert, a un set de cartes officiel et avec des outils à utiliser. Et malheureusement, le set de cartes il n'existe pas [en français] à ma connaissance, en tout cas quand j'ai fait le truc il y a 3 ans, il n'existait qu'en anglais. Et donc j'ai dû le faire traduire par un pote avec ma collaboration, pour être sûr que c'était quand même correct et que ça faisait sens, et on a refait tout un set de cartes un peu plus lisibles pour des patients francophones, tout en sachant qu'il y a des trucs qui, je trouve, ont beaucoup plus de sens, sont beaucoup plus synthétiques et faciles à retenir en anglais, et que la formulation qu'on va faire en français va être tarabiscotée, va devenir vachement moins facile à retenir. Voilà, comme le fait d'être *mindfull*, partir de « soyez dans la pleine conscience », c'est moins percutant pour le patient et on n'a pas cette... Le problème, c'est que la traduction peut pas être juste du 1-1 je pense parfois, c'est à dire que si on traduit le mot, exactement ce qu'il signifie en anglais en français, on perd quand même la signification la plus instinctive du sens de ce qu'on voudrait en donner en thérapie.

Moi : Oui, l'impact du mot, finalement.

Dr Taureau : Il y a beaucoup de mes cartes que je peux pas utiliser parce que quand je les lis, je me

dis que ça fait hyper gnangnan ce qu'on a écrit en fait en français comme ça... Et moi, j'arriverais pas à donner ça à un patient avec un air sérieux.

Moi : Et c'était pas donc une traduction officielle, c'était vraiment dans le cadre de... ?

Dr Taureau : Oui, moi je suis pas traducteur donc je ne sais pas...

Moi : Mais je veux dire votre ami.

Dr Taureau : Non, c'est pas un traducteur non plus, c'est un graphiste en fait. Justement, on s'est mis à deux, on parle tous les deux anglais, on s'est dit « on va y arriver », mais il n'est pas aussi instinctif que ça n'y paraît de faire une traduction qui fait sens en thérapie.

Moi : Je me demandais donc... un challenge que j'ai dans ma traduction... Premièrement, l'auteur utilise le pronom « elle » pratiquement tout le temps dans le livre et d'ailleurs je l'ai contacté pour lui en parler et il m'a répondu que 75% des personnes diagnostiquées étaient des femmes et du coup c'est pour ça qu'il utilisait souvent « elle », mais qu'il avait essayé quand même de mettre des « il » parfois. Donc ça c'est le premier défi et deuxième défi, la façon dont il parle en fait des personnes borderline. Donc il y a eu trois éditions et jusqu'à la deuxième édition, il utilisait « le borderline ». Et là, à la troisième édition qui est sortie en 2021 je pense, ils ont décidé de changer en « la personne borderline », « le patient », « l'individu ». Mais l'auteur dit dans la préface qu'il n'est pas satisfait de ce terme-là, de dire « l'individu borderline », « la personne borderline » mais qu'il n'avait toujours rien trouvé de mieux. Je me demandais si vous, quand vous parlez de patients, est-ce que du coup vous dites « patients borderline », est-ce que vous avez un terme qui est plus adapté peut-être pour vous référer à eux ?

Dr Taureau : C'est différent, tout existe, entre guillemets. Et j'emploie pas toujours le terme borderline en entretien parce que... Alors, c'est différent en Amérique, il y a un rapport différent aussi parfois à la notion du diagnostic et du terme. Je sais plus comment ça se représente et il y a des gens qui sont plus en théorie sur la philosophie des soins en Amérique par rapport à la France, enfin, par rapport à l'Europe où il y a quelque chose d'assez différent dans la façon dont on gère les diagnostics, dont on gère la reconnaissance du diagnostic en tant que patient, dont on gère la façon dont le diagnostic est posé. Nous, on fonctionne un peu sur les diagnostics d'exclusion, etc. Je me rappelle qu'à Montréal, il y avait une séance qui s'appelait « l'ABCD du borderline » et qui

était vraiment censé être quatre séances sur « c'est quoi un trouble de personnalité borderline » et en gros, comment on diagnostique. Alors qu'en France, en Belgique, c'est parfois très *touchy* de dire à une personne « vous présentez un trouble de personnalité borderline ». Personnellement, mais là en font les convictions propres, moi j'ai tendance à parler de « présenter des éléments d'un fonctionnement de personnalité borderline » ou de « présenter une personnalité avec des agencements borderline » parce que j'aime pas trop travailler sur le diagnostic. Je préfère travailler sur les processus, c'est-à-dire expliquer ce qui va amener à ce qu'on considère la personne comme présentant un trouble de personnalité borderline. J'essaie de ne pas mettre une grosse étiquette « borderline » parce que je trouve ça effroyablement stigmatisant et pathologisant mine de rien, parce que ça, ça efface un peu la personnalité de la personne et parce que ça amène à considérer tous les agencements de la personnalité borderline comme les signes d'une pathologie. Là où de plus en plus maintenant, on essaie de les voir comme des signes adaptatifs qui deviennent pathologiques une fois qu'on est dans un environnement qui nécessite ce genre d'adaptation. C'est un peu comme pour les traumatismes finalement. Je trouve que c'est intéressant de voir là-dedans l'entière du processus et donc de pas coller une grosse étiquette, mais ça peut être une vision différente en Amérique, où ils ont beaucoup plus ce côté diagnostic entre guillemets, « diagnostic étiquette » et revendications autour du diagnostic. Les médecins sont aussi plus frileux en France sur la notion de diagnostic à ce niveau-là.

Moi : J'ai lu un article qui disait justement que, en fait oui les médecins avaient du mal à diagnostiquer un trouble borderline même s'ils le repéraient, parce qu'ils avaient vraiment peur d'ajouter du stigma dans la prise de recherche future des patients, de la stigmatisation. C'est ça le thème de mon mémoire, c'est vraiment le rôle de la traduction dans la déstigmatisation du trouble le thème. Et donc justement, mon but c'est de ne pas continuer à garder la stigmatisation que l'auteur a pu mettre. Est-ce que vous avez des ouvrages en tête que vous aimeriez voir traduits, donc plus précisément anglophones si possible ?

Dr Taureau : Gunderson, c'est John Gunderson qu'il s'appelle. Mais je sais pas s'il a été traduit depuis parce que... si ça se trouve, il a été traduit. C'était ce genre de bouquin par exemple, *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Celui-là, il était pas mal. Et hors troubles de personnalité, il y a aussi des *guidelines* de prescriptions médicales qui sont pas du tout traduites en français. Je pense que des fois, c'est aussi que les médecins ont peur de se tromper dans la traduction et de se retrouver responsable d'une erreur énorme, ce qui serait embêtant. Mais ouais, je ne pense pas avoir vu ce bouquin traduit en français un jour.

Moi : Donc vous trouvez que finalement, c'est même pas juste une question de patients, c'est vraiment même dans le monde des professionnels, même là il y a des choses qui restent non traduites.

Dr Taureau : Oui. Je pense qu'il y a pas mal de trucs qui restent non traduits là. De toute façon, la production scientifique dominante, elle reste en anglais, donc de base ça reste le langage de la recherche et ça reste non seulement le langage de la recherche, mais le langage des gens qui ont développé et conceptualisé le trouble de personnalité borderline et de toute la littérature des courants thérapeutiques qui ont été faits depuis. Donc entre les ressources qu'on peut trouver qui existent et qui sont nombreuses versus l'océan de ressources qui a été produit dans les pays anglo-saxons, c'est assez différent. Alors tout n'est pas équivalent et ne peut pas être traduit à l'échelle 1-1 parce qu'on n'a pas forcément le même rapport et le même système de soins quand même. Dans le *Good Psychiatric Management*, ça parle d'un système de fonctionnement qui est assez différent dans les hôpitaux et donc ce serait des *guidelines* qui ne correspondraient pas du tout à un *setting* hospitalier en francophonie parce que c'est dans des pays anglo-saxon qui n'ont absolument pas le même fonctionnement dans les hospitalisations. Ça, c'est toujours des éléments qui sont autour, entre guillemets, à ce niveau-là.

Moi : Et je me demandais justement ça, le *Good Psychiatric Management*, il était dans mon chapitre sur les thérapies, je l'ai laissé tel quel puisque j'ai pas trouvé de traduction qui correspondait, ça n'existe pas encore dans les milieux francophones ? Je parle pas du livre, mais je parle vraiment la technique de thérapie.

Dr Taureau : Non, en fait le *Good Psychiatric Management*, c'est un peu ce que ça veut dire. C'est pas tant thérapeutique que comment un psychiatre doit manager, se positionner, accompagner le patient dans le diagnostic, décider des hospitalisations, expliquer une situation ou une décision au patient. Donc c'est du *management* au sens où ce serait un patient qui serait aux urgences en train de dire « je veux absolument être hospitalisé », identifier avec quelles sont ses ressources et travailler avec sur le rapport aux soins, l'indication de l'hospitalisation ou non. Bref, comment on accueille la crise, la gestion, le diagnostic, etc., comment on aborde la rupture thérapeutique par exemple. C'est un enjeu qui est parfois important, il y a des patients qui disent un jour « je peux plus du tout vous voir », alors dans le traitement des patients borderline il faut le prendre avec un grain de sel parfois, il faut réussir à aller au-delà parce que c'est le test de la relation. Et parfois il faut aussi savoir mettre ses limites et mettre des mots sur la façon dont ça va se gérer. Je n'ai pas vu de livre

sur le *Good Psychiatric Management*, notamment de Gunderson, en français, dans la francophonie, à ma connaissance. J'avais même vu à une époque un article passer avec des psychiatres et des psychologues francophones qui râlaient sur le fait qu'il y avait finalement, quand on allait à la Fnac ou dans des librairies, on pouvait tout aussi bien trouver des bouquins très sérieux et très rigoureux, mais que le truc était noyé sous une littérature beaucoup moins scientifique, beaucoup plus compliquée et donc c'est toujours un peu le pêle-mêle à ce niveau-là.

Moi : J'ai fini mes questions, merci beaucoup.

Dr Taureau : Très bien.

Appendix 4: Interview with Raphaël Gazon

Note: On the 2nd of August 2025, I interviewed a psychologist, Raphaël Gazon, who is also the founder of the PEPS-E Center in Liège. The interview was done in French and lasted approximatively 40 minutes and was recorded. I used Word's tool for transcription, that I then revised.

Moi : Bonjour, mon travail parle du rôle de la traduction dans la déstigmatisation de la santé mentale. Je voulais vous demander si vous pourriez commencer par vous présenter brièvement ? En fait, je vais vous demander un peu ce que vous connaissez en littérature sur le sujet et si vous pouviez m'aiguiller sur certaines choses : est-ce que vous avez fait vos recherches plutôt en anglais, plutôt en français ? Et donc voilà, le début, c'est plutôt se présenter, pour savoir un petit peu qui vous êtes.

R. Gazon : Je suis Raphaël Gazon, je suis psychoclinicien et psychothérapeute en thérapie cognitive et comportementale avec toute une série de spécialisations en traumatismes, traumatismes complexes et troubles dissociatifs. Je suis formateur aussi au niveau international en psychothérapie sensorimotrice et psychothérapie orientée traumatismes et troubles développementaux. Dans ce cadre-là, je travaille pour l'Institut de thérapie sensorimotrice aux États-Unis, à Boulder.

Moi : D'accord.

R. Gazon : Je suis directeur du centre Peps, c'est moi qui l'ai créé. Je supervise et je forme en fait une série d'institutions et hôpitaux, très souvent pour les troubles borderline, aussi pour les traumatismes, les traumatismes complexes et aussi des institutions qui travaillent avec des auteurs, en prison. Des institutions d'aide aux victimes, mais ils ont souvent un pôle accompagnement d'auteurs. On appelle cela les aides aux justiciables. Voilà, et puis j'ai ma patientèle au centre PEPS-E.

Moi : D'accord.

R. Gazon : Au niveau du trouble borderline, le groupe Mosaïque, c'est moi qui l'ai créé. C'était il y a une vingtaine d'années. On l'a créé d'abord à Verviers, dans un centre de jour du SSM de Verviers et puis j'ai quitté le centre de jour après 7 ans. On a réouvert un groupe borderline en collaboration avec le Petit Bourgogne en ambulatoire, avec un médecin qui s'appelle le docteur Xavier Coton. Et

après deux, trois ans à travailler ensemble, lui, il a créé un groupe à l'hôpital et moi j'ai ouvert le centre PEPS-E, c'était en 2012. Et on a continué le groupe au centre PEPS-E depuis 2012 et là maintenant, c'est David et Pauline qui animent un des groupes et puis Clara et Céline qui animent le deuxième groupe et moi, je supervise.

Moi : C'était Metis, c'est ça le groupe?

R. Gazon : C'était Metis, oui.

Moi : Mais ça se faisait à l'hôpital de jour ?

R. Gazon : Ça se faisait à l'hôpital, ça s'est arrêté pendant le COVID, ça n'a pas repris. Par contre, c'est le docteur Taureau qui a repris le service de Xavier Coton et son service est spécialisé « borderline » et je pense qu'ils vont... Ils sont assez actifs, donc ils vont s'améliorer avec le temps. Et Xavier Coton, il est directeur maintenant d'un centre de jour qui est Tango, donc qui est associé à l'hôpital Agora.

Moi : D'accord. Du coup, je vais vous poser des questions par rapport à la recherche que vous avez faite pour vous spécialiser dans ce trouble-là, notamment. Je me demandais, une question un peu générale, est-ce que vous pensez qu'à l'université vous avez été assez formé sur le sujet ou est-ce que c'est vraiment vous, de votre côté, qui avez pris l'initiative de vous spécialiser là-dedans ?

R. Gazon : Non, la formation à l'université était quasi inexistante pour le trouble borderline. Je pense que ça a été mentionné dans un cours général sur le DSM-4, donc c'est un cours général sur les pathologies psychiatriques. Je pense que si on en a parlé dix minutes... je crois que c'est pas plus que ça.

Moi : J'ai aussi interviewé Pauline, Clara et Céline qui m'ont toutes les trois dit que, effectivement...

R. Gazon : Oui, c'est inexistant. En tout cas, les cinq années de fac, ce n'était rien et puis ensuite je me suis formé en... j'ai fait une spécialisation à l'université en thérapie cognitive et comportementale. Là aussi, c'était rien. Juste, un des profs l'a mentionné, a mentionné la thérapie comportement dialectique, ce qu'il a dit c'est : « ah, il existe d'ailleurs dans les courants de troisième vague la thérapie comportementale dialectique pour les personnes borderline, on ne le verra pas

ici ». Mais c'est lui qui a cité l'auteure que j'ai repris par la suite à Verviers, Marsha Linehan. Et maintenant dans le cours de Thérapie Intégrée, comme ils appellent ça à Louvain-la Neuve, ils invitent Dominique Page, qui a traduit le livre de Marsha Linehan, au minimum pour un jour, peut-être 2 jours. Donc je dirais que dans le cursus de Thérapie Intégrée, ils ont deux jours maintenant sur le sujet.

Moi : Et est-ce que vous avez une raison particulière pour laquelle vous avez décidé de vous spécialiser là-dedans enfin, est-ce que vous aviez des motivations ou est-ce que ça s'est fait un petit peu au hasard ?

R. Gazon : Oui. Il y avait des motivations dans le sens où, au centre de jour psychiatrique de Verviers, c'était en 2003, la population changeait, ça veut dire qu'on avait beaucoup de psychotiques chroniques, des personnes délirantes, stabilisées ou schizophrènes stabilisées qui vivaient dans le centre de Verviers et puis qui fréquentaient le centre de jour. Et puis, comme la médication, le suivi des personnes psychotiques s'est amélioré, il y en a eu moins avec le temps. Par contre, on a eu de plus en plus de personnes borderline qui venaient. Mais il y avait pas vraiment de proposition, il n'y avait rien de structuré, rien de ciblé. Et du coup, comme on avait un public borderline qui augmentait et aucune proposition, quand ce fameux prof-là à la fac nous en a parlé... Quand je suis rentré à Verviers, je me suis rappelé ce qu'il m'a dit, de ce qu'il avait dit au cours deux ans plus tôt, quoi. Je me suis dit : « Ah tiens, ce gars-là en avait parlé, je vais regarder un petit peu ce que c'est ». Et donc on s'est acheté avec ma collègue [Corinne Hic]¹⁷ (qui était kiné), on s'est acheté le bouquin de Linehan, traduit en français. On s'est basé là-dessus pour lancer le groupe.

Moi : D'accord, mais c'était vraiment une initiative basée sur le fait qu'il y avait un gros manque à ce niveau-là... ?

R. Gazon : Oui, c'est ça, il y avait une demande, il y avait un public, il y avait une absence de proposition. Donc comme la proposition existait, on s'est lancé.

Moi : D'accord. Et donc vous avez déjà peut-être répondu à cette question-là, mais la recherche que vous avez réalisée sur le trouble, les livres de référence, etc., que vous avez pu utiliser, vous avez uniquement été chercher en français, ou vous avez été aussi dans d'autres langues comme l'anglais ?

¹⁷ Orthographe potentiellement incorrecte : problème de compréhension.

R. Gazon : Non, on a été beaucoup en anglais. On avait la chance d'avoir la traduction française pour la thérapie comportementale dialectique. Mais pour tout le reste, beaucoup de choses étaient en anglais. Par exemple, je me suis formé ensuite en thérapie centrée sur la mentalisation. Ils appellent ça MBT en anglais (*Mentalization-based therapy*) et là je suis allé me former à Los Angeles. Les ouvrages, tous les articles en fait qui étaient liés à ça étaient en anglais. Maintenant il y a des traductions françaises de Martin Debbané en Suisse. Tout ce qui était trauma complexe, la création des formations aussi que je donnais là-dessus, la littérature était quasi exclusivement en anglais.

Moi : D'accord.

R. Gazon : Il n'y a pas beaucoup de traductions francophones, la francophonie est réticente à traduire l'anglais, comparé aux autres pays.

Moi : Et vous, les formations que vous donnez, elles sont en anglais ou en français uniquement ?

R. Gazon : Elles sont en grande majorité en français. Mais j'ai donné quelques ateliers en Finlande, en anglais.

Moi : D'accord.

R. Gazon : Sur le trouble borderline, justement.

Moi : Est-ce que vous avez eu des livres de référence ? Vous avez lu le livre de thérapie dialectique de Marsha Linehan, mais vous en avez lu d'autres ? Ou alors c'était vraiment celui-là majoritairement ?

R. Gazon : Il y en a plein derrière vous, là, justement. Donc oui, il y en a toute une série.

Moi : D'accord, je vois, il y en a beaucoup en anglais quand même.

R. Gazon : Oui, si je prends vraiment sur le sujet, c'est ici principalement. Ça, c'est un bouquin sur la dissociation dans les troubles borderline, c'est Dolores Mosquera, c'est en anglais. Beaucoup de bouquins sur le trauma complexe, en anglais aussi. Ces deux bouquins-là sont pour moi très importants, c'est sur la dissociation. C'est des bouquins de E. R. Nijenhuis. *Le soin hanté* aussi, c'est

un bouquin très important aussi sur le trouble complexe, il a été traduit en français finalement. Il y a beaucoup de bouquins de Dan Siegel qui est un grand spécialiste de l'attachement, de la régulation des émotions. Il n'a pas beaucoup été traduit, pourtant il est très connu au niveau international. On a des bouquins de référence en thérapie sensorimotrice. J'essaie de voir où je l'ai mis mais le dernier livre, il n'est pas traduit. Il est en anglais. Ces bouquins-ci aussi sont très importants pour le trouble borderline. Ce sont des bouquins d'Allan Schore, ils ne sont pas traduits non plus. Beaucoup de livres sur l'attachement ne sont pas traduits, facilement, la moitié est en anglais.

Moi : Alors finalement, si on veut se former là-dedans, il y a vraiment une nécessité de comprendre et de parler l'anglais.

R. Gazon : Oui, je dirais, c'est quand même important. Le gros livre ici, le tout gros bouquin par exemple, *The Handbook of Attachment*, c'est le gros livre de référence sur l'attachement. Il est en anglais. Le bouquin sur la psychothérapie somatique, c'est des bouquins un peu comme des encyclopédies comme ça, c'est en anglais ; le gros livre de référence sur la dissociation, sur les troubles de personnalité, tout ça, c'est en anglais. Oui, je dirais deux tiers.

Moi : D'accord, oui. Et je me demandais si vous recommandiez régulièrement des livres à vos patients ? Peut-être pas du coup des manuels de ce type, mais plutôt des livres plus accessibles ?

R. Gazon : Il y en a. Je ne pense pas souvent, en fait, à les recommander.

Moi : Ok.

R. Gazon : Mais il y en a, il y a quelques livres pour s'aider soi-même sur le trouble borderline, en français. Et puis il y a régulièrement des propositions qui se font, il y a beaucoup de choses qui se traduisent, alors je n'ai pas vraiment les références des derniers trucs. Mais c'est vrai que je ne pense pas à référer. Souvent au centre PEPS-E, on s'auto-satisfait quoi. Je dirais qu'on a nos propres manuels, on a des fiches.

Moi : Il n'y a pas une demande particulière des patients ?

R. Gazon : Il y a eu une demande. On a fait une conférence par exemple qu'on a enregistrée. Ça, les patients aimaient bien la voir. Mais je dirais que souvent avec Mosaïque, il y a déjà pas mal de

choses dedans. Et puis c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui se font maintenant sur *YouTube*, par vidéo. Je pense que la plupart de nos patients relativement jeunes, ils regardent déjà beaucoup sur Internet. Et puis il y a des outils de traduction maintenant qui sont vraiment faciles.

Moi : Question un peu générale, est-ce que vous trouvez qu'il y a un manque de ressources finalement sur le trouble borderline en français, pour les professionnels et pour les patients ?

R. Gazon : Oui, si je dis qu'il y a des bouquins pour s'auto-aider en français, il n'y en a pas beaucoup, hein. Et de toute façon, il y a un manque de formation. C'est-à-dire, si un psychologue ou un psychothérapeute francophone aimerait se former sur le sujet, il aura peut-être quelques bouquins traduits en français, mais il n'aura même pas spécialement des formations qui iront avec. Donc s'il veut aller se former, il doit aller se former aussi en anglais à l'étranger.

Moi : Oui, je pense que Pauline m'avait dit que finalement, il faut aller presque aux États-Unis pour avoir des formations.

R. Gazon : Ou en Allemagne, ou alors faire venir, quand on a les moyens, des formateurs de l'étranger et prendre un traducteur. Comparé aux autres, les Espagnols et les Italiens traduisent beaucoup plus : les Espagnols parce qu'il y a toute l'Amérique du Sud et les Italiens parce qu'ils n'ont pas cette rivalité « monde francophone / monde anglophone » qu'il y a eu. Ça change un peu dernièrement mais ça a existé beaucoup.

Moi : Le livre que j'ai choisi, justement, il a été traduit dans énormément de langues, mais pas le français, et c'est vrai que c'était assez surprenant.

R. Gazon : Et aussi beaucoup la domination de la psychanalyse dans le monde francophone, la psychanalyse lacanienne, notamment, qui ne parle pas du trouble borderline. Qui ne propose rien de particulier et qui a fonctionné comme une espèce de secte qui a empêché le monde francophone de se développer. Les Lacaniens ont quasiment disparu de Belgique, en France, ils sont encore assez puissants. Quand ils disparaîtront complètement, on traduira beaucoup plus facilement.

Moi : Ok, je ne connais pas du tout.

R. Gazon : La psychanalyse était très... c'est un monde, une psychanalyse francophone qui est une espèce d'entre-soi qui ne se soumet pas à la recherche, qui ne communique pas au niveau international, qui s'autosatisfait, c'est à dire qu'il pense qu'ils sont meilleurs que les autres. Et donc finalement avec la psychanalyse, plus le monde francophone qui a des difficultés de langue, ça a créé une isolation du monde francophone, et donc les traductions n'ont pas suivi. Maintenant, les jeunes qui sont formés dans les modèles orientés sur la science, qui ne sont pas coincés avec la psychanalyse lacanienne et qui n'ont pas reçu cet enseignement-là, ils sont super ouverts, ils sont hyper contents d'avoir toute une série d'ouvrages, de traductions en français, ils ne demandent que ça parce que finalement ce qu'on veut, c'est aider les gens qu'on voit. C'est pareil pour les patients, je trouve qu'il y a, je crois, beaucoup de ressources en anglais, toutes sortes de forums, toutes sortes de trucs qui existent, même des applications qui accompagnent à la régulation de soi, etc. Mais je crois qu'il y a très peu d'adaptation francophone, mais ça change d'une année à l'autre. Je crois que d'ici cinq ans, on ne sera plus au même niveau qu'aujourd'hui. Oui, ça bouge très vite pour l'instant.

Moi : Donc vous, finalement ce manque de ressources en français, ça ne vous a pas spécialement impacté directement puisque vous parlez anglais également ?

R. Gazon : Ouais, je ne me suis pas arrêté là-dessus. J'étais président aussi d'une association européenne de trauma et dissociation, donc j'ai eu l'habitude de communiquer avec des collègues de tous les pays européens, en anglais, toujours.

Moi : Finalement, vous avez quand même eu énormément d'échanges d'un point de vue international.

R. Gazon : Oui. Ce qui est très peu le cas. Je suis une exception dans la matière.

Moi : Dans tous les articles que j'ai lus, il était mentionné que plein de professionnels de santé refusent de soigner le trouble borderline consciemment, parce que ça leur fait peur, parce qu'ils ne savent pas comment s'y prendre.

R. Gazon : Exactement, comme ils n'ont pas appris, comme ils ne savent pas vraiment comment s'y prendre, alors ils ont une tendance à stigmatiser, et une tendance à éviter. Par exemple, il y a un service qui a voulu se spécialiser, le service où notre collègue David Maréchal travaille, Sans Souci. Ce service-là, la Passerelle, je pense, parce qu'ils ont changé de nom. Après, il y a un service qui

s'est spécialisé, qui s'est formé avec moi, qui a reçu des supervisions, ils ont commencé à accueillir toute une série de personnes borderline, qui ont créé un groupe borderline justement qu'on a ici, mais ils ne voulaient pas appeler leur service officiellement spécialisé en trouble borderline parce qu'ils n'avaient pas spécialement envie d'avoir toutes les personnes les plus difficiles à réguler du pays qui arrivent dans leur service. Mais je pense que Mathieu Taureau ici à ISOSL, je crois que lui, il l'affiche ouvertement.

Moi : J'ai pu lui poser la même question et en effet.

R. Gazon : Il l'affiche.

Moi : Oui, le service est reconnu borderline.

R. Gazon : Il est reconnu borderline, il l'affiche clairement. Ça se passe très, très bien en fait. Je pense que quand les gens sont bien formés, quand ils savent ce qu'ils font, ça ne pose pas des problèmes insurmontables.

Moi : Mais je pense que les patients sont en demande puisqu'il m'a expliqué qu'il y avait des patients d'Arlon, enfin vraiment de partout dans la Belgique qui venaient.

R. Gazon : Ouais, toute la Belgique, il y a que lui qui s'affiche comme tel. Et en ambulatoire, il y a quasiment que nous qui nous affichons comme tels, il n'y a pas beaucoup plus ; des gens qui viennent de Mons, parfois des gens qui viennent de Bruxelles. Mais je ne dirais pas... c'est pas compliqué. Je discutais avec des Norvégiens qui disaient... les difficultés que les gens se représentent, « Tiens, les personnes borderline, c'est difficile de travailler avec elles ». Mais ils disaient aussi, une fois qu'on a un modèle de travail, qu'on sait ce qu'on fait, c'est très agréable en fait comme boulot. Et puis les gens qui participent sont souvent très preneurs, très satisfaits. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a jamais eu de difficultés, qu'il n'y a jamais de crise, etc., il y en a, ça fait partie du chemin. Tous nos collègues impliqués dans les groupes ici, Mosaïque, il n'y a pas grand monde qui se plaint. Tout le monde est super content de participer, tout le monde adore le boulot, le contact avec les patients, vraiment je le trouve très riche. On ne s'ennuie jamais. C'est une grande richesse. Et donc voilà, les méthodes, elles existent depuis très longtemps. Par exemple, Otto Kernberg, c'est le psychanalyste qui a proposé vraiment la première méthode structurée, la Thérapie centrée sur le transfert. C'est toujours enseigné. Ça a été traduit en français, mais très peu diffusé,

très peu enseigné. C'était les années 80. Et puis dans les années 90, il y a eu les propositions de Marsha Linehan dans la thérapie comportementale dialectique, et puis la thérapie centrée sur la mentalisation, elle est arrivée fin 90, début 2000 peut-être, dans ces eaux-là, ça fait déjà 25 ans quand même. Et puis la thérapie des schémas qui permet de travailler avec les parties dans lesquelles les personnes borderline *switch*, ça existe depuis 25 ans. Je dirais que les propositions, elles sont là et elles ne sont pas des bébés propositions. Ce sont des propositions mûres qui sont confrontées à la réalité depuis 30 ans et avec plein de recherches dessus. Enfin il y a vraiment moyen de faire des trucs structurés à l'échelle nationale.

Moi : Donc finalement selon vous, c'est pas un manque d'information, c'est plutôt un manque de diffusion alors ?

R. Gazon : C'est un manque de traduction, un manque de diffusion, un manque d'ambition et de capacité à créer des choses nouvelles, un manque de curiosité au niveau de ce qui se fait au niveau international, il y a tout ça dans le monde francophone. Les équipes allemandes sont hyper dynamiques. Des gens comme Martin Bohus qui créent des groupes de comportement dialectique centrés sur le trauma pour les personnes borderline, il est hyper-dynamique. Ils ont reçu des budgets incroyables de l'État allemand. Je pense que la recherche sur le trouble borderline en Belgique francophone, je crois que c'est zéro et je ne pense pas que j'exagère ou que je caricature quand je dis cela. Je ne suis pas sûr qu'il y a qui que ce soit qui ait un quelconque financement pour développer des choses sur le trouble borderline. Il y a peut-être un manque de volonté politique, il n'y a aussi aucun service spécialisé et donc pas beaucoup de recherches. Et comme il n'y a pas beaucoup de recherches, il n'y a pas beaucoup de propositions politiques parce que le politique, il interroge les universités. Au niveau médical, comme il n'y a pas de service spécialisé, ça ne remonte pas du côté médical non plus. Et donc c'est un peu des gens comme nous, de terrain qui formons ; et les patients, eux-mêmes, en se structurant, en demandant des choses, en créant des forums ou des associations, qui peuvent faire bouger les choses.

Moi : Donc finalement, je ne vais pas dire que c'est une initiative personnelle, mais je veux dire... il ne faut pas compter finalement sur des subsides etc. pour créer cela ?

R. Gazon : Non, ça ne viendra pas du haut, ça viendra du bas. C'est à force de faire des choses, bonnes et reconnues, que tout le monde demande. « Venez nous former s'il-vous-plaît, on voit que

vous avez l'expérience là-dedans. Nous, on aimerait bien ». C'est à force de communiquer, à force d'avoir des personnes qui en parlent que finalement les choses remontent.

Moi : Et est-ce que, pour revenir à la traduction, vous avez des ouvrages en tête que vous aimeriez voir traduits ? Que ce soit pour patients ou professionnels.

R. Gazon : Sur le trouble borderline, spécifiquement ?

Moi : Oui, ou le trauma, mais c'est vrai que je me focalise beaucoup là-dessus.

R. Gazon : Dernièrement, beaucoup de choses ont été traduites justement, donc ça c'était quand même une bonne chose. Je ne suis pas sûr qu'il y ait une traduction française – faudrait vérifier – sur tout ce qui est thérapie des schémas centrée sur []¹⁸. Ça, ça vaudrait la peine d'avoir une bonne traduction. Ça, c'est plus une popote interne aussi, j'aimerais bien qu'on traduise en français le gros bouquin sur la thérapie sensorimotrice, centrée attachement et traumas. Ça, ça fait des propositions de travail corporelles qui sont super utiles pour les personnes borderline. Ça, j'aimerais bien qu'on traduise aussi. Mais c'est plus une niche. Si je pense vraiment aux bouquins ...

Moi : En fonction des discussions que j'ai eues avec les autres professionnels, ce qui sortait, c'est que, il ne faut pas rester focalisé sur l'étiquette borderline, il faut vraiment aller vers, comme vous dites, le trauma, les différents types de thérapie.

R. Gazon : Oui, on a vraiment été pêché dans le trauma complexe, dans les troubles dissociatifs pour comprendre la problématique de fond dans son ensemble. Pour moi, ça n'a pas beaucoup de sens l'étiquette borderline. Et puis si on prend 10 personnes borderline, parfois, c'est dix profils très différents. Mais par contre, on doit connaître le trauma derrière, le trauma complexe. Il y a des gros bouquins de référence, par exemple *The Handbook of Attachment*, ça, ça devrait être traduit en français pour moi, des choses comme ça. Il y a aussi un énorme bouquin de référence sur les troubles dissociatifs, *Dissociation and dissociative disorders*, celui-là il doit être traduit aussi. Ou *The Handbook of Personality Disorders* – des gros *handbooks* comme ça ne sont souvent pas traduits en français, mais ça devrait parce que ça compile en fait beaucoup de choses.

¹⁸ Problème de compréhension.

Moi : Et je me demandais si vous, la traduction, elle avait une place dans votre métier ? Par exemple, le docteur Taureau m'a expliqué que lui, ça lui est déjà arrivé de choisir de traduire quelque chose qui existait - c'était les cartes d'un genre d'*handbook* justement, c'est un livre vert sur la thérapie comportementale dialectique. Il y avait un jeu de cartes et il a fait traduire ce jeu de cartes-là.

R. Gazon : Oui.

Moi : Et je me demandais si vous, par exemple, quand vous parlez, vous vous rendez compte que vous utilisez des anglicismes ? Est-ce que vous utilisez les deux langues ?

R. Gazon : Oui, déjà le « *borderline* », on devrait dire « état limite ». On utilise des anglicismes. Ce que je peux faire, par exemple maintenant, parce qu'il y a *chatGPT* qui sort, je scanne les livres et puis je demande à mon fils, qui a 16 ans, de, chapitre par chapitre, traduire en français via *chatGPT*. Tout ça pour donner à nos stagiaires, qui ne parlent pas anglais par exemple. On fait – ce n'est pas spécifique *borderline* – mais par exemple, toutes les formations en thérapie sensorimotrices sont traduites de l'anglais, donc des collaborations de la traductrice autour des mots, des expressions.

Moi : Mais vous me disiez également, quand vous recevez des formateurs de l'étranger, alors là vous avez des interprètes ?

R. Gazon : On engage un interprète. On travaille avec Anne-Laure Gex, qui est excellente. Il y a des problèmes de traductrices aussi – je dis « traductrice » parce que c'est toujours des traductrices, on n'a jamais eu de traducteur. Il y a des traductrices qui traduisent sans comprendre ce qu'elles disent et il y a des traductrices qui traduisent en comprenant ce qu'elles disent. Et Anne-Laure, comme elle nous traduit toujours, elle comprend ce qu'elle dit, en fait, elle comprend les concepts. Elle est formée. Elle a beaucoup traduit dans toutes des écoles similaires. Donc, Anne-Laure, en fait, quand elle traduit, et comme on discute aussi sur la traduction des *PowerPoint*, elle utilise des termes exacts. On a déjà eu des traductrices qui ont remplacé Anne-Laure et qui ne comprennent pas ce qu'elles disent, qui font un peu du mot-à-mot. Et c'était très, très problématique. C'était super difficile à suivre. Donc on a besoin de traductrices ou traducteurs de niche qui traduisent souvent et en séquentiel. Parfois, elle le fait en simultané, mais c'est dans des congrès par exemple. Il y a des cabines de traduction. Et elle le fait très bien aussi. On passe toujours par elle.

Moi : Mais c'est vraiment une collaboration finalement entre vous et elle. Il a fallu qu'elle comprenne le sujet pour pouvoir le traduire correctement.

R. Gazon : Oui, on a une autre traductrice, Jenny, qui, à un moment donné n'a plus traduit. Elle était excellente parce qu'elle était à la fois traductrice et psychologue. Et puis maintenant, on a Anne-Laure et si Anne-Laure n'est plus là, on est vraiment très embêté.

Moi : Et ça, du coup, on en a discuté brièvement avant l'enregistrement. Mais donc je réalise mon mémoire sur un ouvrage qui s'appelle *I Hate You—Don't Leave Me*. Je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler ?

R. Gazon : Jamais.

Moi : Pour vous rassurer, aucune des personnes que j'ai interrogées ne le connaissent.

R. Gazon : Mais c'est un livre qui date d'avant qu'on aille commencé à travailler, quoi. Et en plus, comme il n'a pas été traduit, il n'est jamais vraiment arrivé dans mon radar.

Moi : C'est un livre qui s'adresse et aux professionnels et aux patients normalement. Mais c'est vrai qu'il est un peu entre les deux finalement. Probablement pas assez poussé pour les professionnels, probablement trop poussé pour les patients et donc, il y a beaucoup de choses à dire sur ce livre.

R. Gazon : Oui, j'imagine bien. Un livre à traduire, ce serait *The Good Psychiatric Management* aussi, de Gunderson, c'est un gros bouquin de référence ça.

Moi : Le Dr Taureau m'en a parlé aussi.

R. Gazon : Donc voilà, mais je pense qu'il n'est pas traduit celui-là.

Moi : J'arrive à la fin de mes questions. Un challenge que j'ai eu dans ma traduction finalement, et qui a été une des différences dans les différentes éditions du livre que je traduis, c'est que, par exemple, dans les deux premières éditions, il référait aux personnes borderline en disant juste les « borderline » et puis à la troisième édition, ils ont changé ça en « les personnes souffrant d'un trouble borderline ». Je me demandais si, comme vous m'avez dit que vous n'aimiez pas trop cette

étiquette-là, quand vous parlez de personnes borderline, est-ce que vous dites juste « personne borderline » ou est-ce que vous utilisez plutôt « état limite » ou est-ce que vous dites « personne avec un trauma complexe », je ne sais pas si vous avez une façon de vous référer aux patients ?

R. Gazon : C'est vrai que dernièrement on a pris le réflexe, même sans y réfléchir, de dire « les personnes » qui ont un trouble de personnalité état limite, « les personnes » borderline, parce que ça a été un terme qui est devenu péjoratif. Quand on dit, en psychiatrie « Ah celle-là, elle est borderline », ce n'est jamais dans une perspective clinique. C'est jamais pour dire « Ah elle a un trouble borderline et on va bosser ». C'est : « Oulala elle est borderline, elle va créer des problèmes ». Donc déjà ça, je trouve que c'est un *switch* de langage qui était très important. Et puis on le dit déjà depuis des années nous, mais je l'ai entendu en conférence à Anvers (c'est la conférence internationale européenne de l'ESSPD - c'est l'association scientifique qui s'occupe du trouble borderline et des autres troubles de la personnalité), Martin Bohus, là-bas, disait que le trouble borderline, en fait on pourrait le voir comme un trouble traumatique. Et il disait, si on élargit - on est d'accord avec lui, on le dit déjà depuis longtemps d'ailleurs – si on élargit la notion de trauma et qu'on met dedans le trauma relationnel, donc typiquement, quand on parle trauma, on parle d'abus, de maltraitance physique, on parle de plus en plus de négligence et c'est très bien mais on ne parle pas souvent des traumas de rejet, d'humiliation, de perte de statut social. Quand je dis « perte de statut social », ça peut être : « voilà, je suis une fille, j'ai une bande de copines, j'ai 14 ans et une fille dominante dans le groupe de copines met tout le monde d'accord pour me foutre dehors du groupe et il n'y a plus personne qui me parle du jour au lendemain ». Pour moi, c'est un trauma, c'est une perte de statut social. C'est « j'étais copine comme les autres et puis, je le suis plus du jour au lendemain ». Quand elle est en thérapie, à 35 ans, elle en parle toujours. Il dit que si on met les traumas de rejet, d'abandon, de perte de statut dans la définition du trauma, en fait, toutes les personnes borderline sont concernées.

Parce qu'il y a eu – ça, on le sait maintenant – il y a eu typiquement dans le développement d'une personne borderline, des troubles du lien. Pas parce qu'elle était incapable, c'est parce qu'il y a eu des trucs qui se sont passés, c'est un ensemble de facteurs qui font que la relation entre la personne borderline et les personnes qui s'en occupent n'a pas pu se déployer correctement. Donc ça veut dire que l'enfant, parfois bébé, parfois petit, qui a des besoins de connexion, qui a des besoins de régulation et qui envoie des signaux à ses parents : « Maman, j'ai besoin d'être en contact avec toi, j'ai besoin que tu me régules, j'ai besoin que tu me rassures ». Cet enfant reçoit des signaux en retour qui ne sont pas bons, qui ne collent pas ou qui sont des signaux de rejet. Ben cet enfant, il

reste dans des états de dérégulation qui sont d'intensité traumatique. Et donc, on avait, il y a des années, dit à notre groupe : « en fait, ce qui est commun à vous tous, c'est que dans votre parcours d'enfant/bébé, vous avez été dans des états de dérégulation très importants et votre environnement – on n'accuse personne en particulier – votre environnement n'a pas réussi à réguler ces états-là et vous êtes resté beaucoup trop souvent, beaucoup trop longtemps dans ces états de souffrance importante et les symptômes que vous avez développés, c'était un peu des solutions par rapport à ça.

On dirait quelque part – on leur avait dit, on pourrait changer le terme *borderline*. On pourrait dire peut-être que ce que vous avez c'est un trouble traumatique développemental ou un trauma d'attachement. Et ils étaient tous d'accord. Ils disaient tous « on se reconnaît bien là-dedans, c'est juste ». Et puis ici l'année passée, Bohus en parle et quand Bohus dit quelque chose, c'est vraiment LE pont au niveau mondial sur le sujet et quand il le dit officiellement et sans complexe, « le trouble *borderline* est un trouble traumatique », ça veut dire qu'il y a comme un changement de mentalité. Si ça se fait, dans quelques années, on n'utilisera plus ce terme-là. On pourrait utiliser « trouble traumatique développemental chronique » par exemple, un truc du genre, ça parlerait plus de la cause et un peu moins... Quand on parle de trouble de personnalité, c'est comme si les personnes avaient une personnalité mauvaise, un défaut à l'intérieur, quelque chose de mauvais. Et quand on parle de personnalité, on dit : « chassez le naturel, il revient au galop », ça veut dire, on dit : « il ne changera jamais ». C'est un peu désespérant. Par contre si on dit « Ben en fait, ce que tu as, ce sont des traces de dérégulation importante que t'as vécue, ce sont des traces de moments qui ont été trop longs et trop fréquents, où on ne t'a pas régulé et maintenant on va s'occuper de toi et on va t'accompagner dans ta régulation, t'accompagner à ce que tu te sentes rejoint dans qui tu es et tu vas voir ça va commencer à s'apaiser ». Je trouve ça beaucoup plus porteur. Donc voilà, c'est vrai qu'on utilise toujours le terme « trouble *borderline* » parce que c'est un terme qui est utile dans le réseau. Si on dit : « voilà, on a un groupe pour les personnes qui ont un trouble, un trouble traumatique développemental chronique, personne ne sait de quoi on parle. Par contre si on dit « voilà, on a une proposition pour les personnes *borderline*, donc si quelqu'un se reconnaît là-dedans ou si vous avez reçu le diagnostic *borderline*, vous pouvez venir chez nous », je crois que ça parle plus. Et donc pour l'instant, on le garde.

Moi : D'accord, mais ce n'est pas une étiquette dont vous êtes satisfait ?

R. Gazon : Je suis satisfait à moitié. Je suis satisfait parce qu'on peut communiquer autour. Je suis satisfait parce que comme il y a une étiquette, on peut faire de la recherche, on peut faire des propositions cliniques. Je suis satisfait aussi parce que les gens, quand on met enfin des mots sur ce qu'ils ressentent, ils disent : « Ah enfin, ce que vous me dites, ça colle vraiment avec ce que je vis et quand je regarde la description du trouble borderline, je me reconnais vraiment dedans. Merci beaucoup, ça me fait du bien ». Ça, je suis satisfait aussi de ça. Par contre, quand on utilise ça de façon péjorative ou quand on réduit la personne à cette étiquette-là, ça, ça me satisfait beaucoup moins, même pas du tout. Donc voilà.

Moi : Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.

R. Gazon : De rien, j'espère que ça a été utile.