ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/334325574

Narcissisme normal et pathologique : exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines

Article *in* Psychothérapies · July 2019

DOI: 10.3917/psys.192.0055

CITATION
1

READS
1,880

2 authors:



Jean Descôteaux
Université de Sherbrooke
42 PUBLICATIONS **418** CITATIONS
SEE PROFILE



Olivier Laverdière
Université de Sherbrooke
59 PUBLICATIONS **624** CITATIONS
SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Jean Descôteaux on 08 October 2020.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Psychothérapies 2019; 39 (2) : 55-69

Narcissisme normal et pathologique : exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines

Jean Descôteaux[1] et Olivier Laverdière[2]

Résumé Parmi les Nord-Américains, Otto Kernberg et Heinz Kohut ont certainement offert les théories les plus élaborées de la pathologie du narcissisme, définie en tant que difficulté marquée à réguler les états du soi. S'intéressant à l'autre versant, Stone et Mitchell ont développé le narcissisme normal autour du potentiel de croissance qui émane d'un biais positif et d'une illusion transitoire entretenus envers le soi. Stolorow et Modell ont réaffirmé la pertinence de la fonction psychique remplie par le comportement narcissique, dont la nature transparaît sur le plan relationnel et induit des affects conséquents chez l'autre. Pincus a formalisé les formes grandiose et vulnérable de la pathologie du narcissisme, inspirées des travaux de Kohut. L'article présente ces contributions, en propose un examen critique et en offre une synthèse susceptible d'éclairer la pratique clinique.

Introduction

En psychanalyse, le sens attribué au terme « narcissisme » n'est pas sans équivoque (Pulver, 1970 ; Quinodoz, 2004). On l'a en effet utilisé, et on s'y réfère encore, tant pour décrire un processus développemental que son aboutissement. La première acception l'associe, partant de Freud (1914), à la trajectoire des investissements libidinaux : au départ complètement liée à un état quasi-anobjectal primitif (narcissisme primaire[3]), une grande partie de la libido s'en détourne ensuite pour se déplacer sur les objets. Un mouvement inverse lui succède habituellement, au sein duquel une partie de la libido détournée se retire elle-même des objets pour réinvestir le moi (narcissisme secondaire). Cette dynamique mène normalement à la création d'un équilibre structurant les investissements du moi et des objets. Dans certains cas, le réinvestissement du moi outrepasse toutefois l'investissement d'objet. Pour autant qu'il ait été créé, l'équilibre structurant s'en trouve alors brisé. Inspirée de cette dynamique égocentrique, la seconde acception accorde

1 Ph.D., psychologue, professeur au Département de Psychologie, Université de Sherbrooke, Canada.

2 Ph.D., psychologue, professeur au Département de Psychologie, Université de Sherbrooke, Canada.

3 Comme l'indiquent Laplanche et Pontalis (1967), la notion de narcissisme primaire demeure controversée. Quinodoz (2004) distingue ceux qui y adhèrent et y voient une phase de développement normale – dont A. Freud, Mahler, Winnicott, Balint et Kohut – de ceux qui s'en écartent, prétextant que l'enfant perçoit l'objet dès sa naissance et tend à réagir libidinalement ou agressivement, on parle alors d'« états narcissiques », lorsque l'objet est vécu en tant qu'être séparé et différent du soi – dont Klein, Rosenfeld, Segal, Green et Kernberg. Sans qu'ils ne se réfèrent directement au concept de narcissisme primaire, les points de vue de Kernberg et Kohut présentés ici reflètent bien l'essence des deux courants évoqués par Quinodoz.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

au narcissisme une consonance pathologique. Paradoxalement, elle y définit un soi appauvri dont l'estime est difficilement régulée (Kernberg, 1975) et dont la cohésion, la vigueur et l'harmonie font défaut (Kohut, 1971).

Narcissisme pathologique

Bien qu'il se soit affranchi de ses racines psychanalytiques, l'outil diagnostique en vogue en Amérique du Nord, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, demeure la référence principale en termes de psychopathologie. Comme il en sera question plus loin, il a influencé de façon importante la conceptualisation de la pathologie du narcissisme. En tant que tel, il fera office de point de départ et apparaîtra çà et là au fil de l'exposé. La dernière édition (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013) définit la pathologie du narcissisme en tant que syndrome incluant, en sus des critères généraux d'un trouble de personnalité, au moins cinq des manifestations suivantes : 1) sens grandiose de son importance, 2) fantaisies fréquentes de succès, pouvoir, etc., 3) considération de soi en tant qu'être « spécial » et unique ne pouvant s'associer qu'à des personnes de même statut, 4) exigence d'admiration excessive, 5) sens de supériorité de droit (*entitlement*), 6) exploitation interpersonnelle de l'autre, 7) manque d'empathie, 8) envie de l'autre ou perception de l'autre comme envieux, et 9) attitudes et comportements arrogants et hautains. En misant principalement sur un ensemble restreint de manifestations observables, le DSM-5 dépeint un portrait cohérent et reconnaissable de la pathologie du narcissisme, un avantage certain pour la fidélité du diagnostic qu'il permet de poser. La possibilité que la pathologie du narcissisme présente des visages multiples, voire que deux visages similaires en apparence puissent être sous-tendus par des pathologies différentes, s'en trouve cependant amoindrie. En relatif contraste avec la position prise par les responsables de la nouvelle version du DSM, les visions de la pathologie du narcissisme entretenues par les deux grands théoriciens qui s'y sont intéressés, Otto Kernberg et Heinz Kohut, embrassent un vaste ensemble de phénomènes qui se réduit difficilement à un prototype unique.

La comparaison des conceptions théoriques de ces auteurs montre bien, en effet, que la pathologie du narcissisme présente de multiples variations, descriptibles en termes de gravité, d'organisation et de présentation. Pour Kernberg (1984), la gravité de la pathologie du narcissisme varie par crans. Elle peut être légère, la régulation de l'estime de soi régressant à un mode infantile (névrose) ; grave, la représentation de soi devant susciter l'admiration chez l'autre, sous peine de sa dévaluation immédiate (trouble de personnalité narcissique) ; très grave, des comportements à caractère sadique s'ajoutant au tableau précédent (syndrome narcissique malin)[4]. Bien qu'une image grandiose de soi, à l'instar du DSM, réunisse ces trois formes, l'identité intégrée que Kernberg attribue à la première contraste avec l'aspect diffus de l'identité qu'il reconnaît aux deux autres. Kernberg considère par ailleurs que l'aspect démesuré de l'image de soi relève davantage du fantasme dans la forme légère, alors qu'elle est pleinement considérée comme représentative de la réalité dans les formes plus graves.

Pour Kohut (1977 ; Kohut et Wolf, 1978), la gravité de la pathologie narcissique est une affaire de degré. Elle découle de l'état de satisfaction de deux besoins du soi : de miroir et d'idéalisation, l'autre devant respectivement répondre avec fierté aux requêtes de validation et accepter d'incarner une projection magnifiée de laquelle peut être extrait un sentiment de sécurité. La gratification partielle de ces besoins génère des variantes de la personnalité normale : avide d'expériences de miroir, d'idéalisation, ou encore d'alter ego[5]. Leur frustration chronique engendre l'un ou l'autre type de pathologie du narcissisme : trouble de comportement narcissique et trouble de personnalité narcissique (différent de celui de Kernberg). Le premier se démarque par une affirmation de soi excessive favorisée par

[4] Kernberg (1984) décrit également un degré intermédiaire, celui du choix d'objet narcissique. Il renvoie à un processus au sein duquel le soi adopte la représentation de l'autre et la représentation de soi est elle-même projetée sur l'objet. Il en découle une relation où l'autre est aimé comme on aurait souhaité l'être. Ce type étant relativement rare et peu détaillé par Kernberg, nous l'avons exclu de notre propos.

[5] Originalement campée en tant que variante du besoin de miroir, l'expérience d'alter ego, où l'autre est perçu comme une copie du soi, a par la suite été reconnue par Kohut (1977) comme un besoin du soi légitime distinct. Puisque ce raffinement risquerait d'alourdir l'argumentaire du présent texte sans en changer l'essence, la formulation originale qui fait état de deux besoins du soi, de miroir et d'admiration (Kohut, 1971), est ici retenue.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

l'enfouissement des besoins profonds en raison de la honte et de l'impression de vulnérabilité qu'ils suscitent. Le second révèle une attitude plutôt timide, peu assurée, encline à l'anxiété et à la honte, bien que des fantaisies empreintes de grandiosité tendent à poindre à la conscience.

Malgré leur aspect sommaire, ces descriptions illustrent bien que les conceptions de Kernberg et de Kohut ne recoupent que partiellement celle du DSM-5. Elles mettent également en relief l'existence de deux points de dissension entre les deux théoriciens. D'une part, comme le rappelle Russell (1985), Kernberg ne postule aucune continuité entre les formes légères et plus graves de la pathologie du narcissisme, contrairement à Kohut. En effet, pour Kernberg, l'agressivité excessive et l'envie du trouble de personnalité et du syndrome malin en constituent les éléments fondateurs (organisation limite) et demeurent absents du narcissisme infantile (organisation névrotique), distinction qui rend toute filiation impossible. Pour Kohut, le degré auquel les besoins de miroir et d'idéalisation n'ont pas été répondus, de même que l'aspect plus ou moins traumatique des échecs parentaux à adopter des attitudes compatibles à la satisfaction de ces besoins, rendent compte de la gravité de la pathologie narcissique. Les mêmes insuffisances sous-tendent ainsi toutes les formes, bien qu'elles varient en termes d'amplitude et d'impact. D'autre part, peut-être en raison du recours à des clientèles différentes (Adler, 1986), Kernberg envisage la pathologie du narcissisme sous l'angle de la supériorité, alors que Kohut en extrait deux phénotypes : un très affirmé, semblable à celui décrit par Kernberg, et un autre beaucoup plus timide.

Narcissisme normal

L'écart entre les positions des deux théoriciens se réduit pourtant lorsqu'on évoque ce qu'ils conçoivent être le narcissisme sain ou normal. Ainsi, tel que déjà esquissé, le narcissisme normal renvoie pour Kernberg (1984) à la régulation adéquate de l'estime de soi. Cette faculté découle d'une bonne intégration des représentations de soi et de l'autre, d'un surmoi intégré, individualisé et abstrait, et de la gratification des besoins pulsionnels à l'intérieur de relations et de systèmes de valeurs stables. Kohut (1971) considère pour sa part que le narcissisme sain émane d'un soi : 1) cohérent, c'est-à-dire dont les différentes facettes sont intégrées, 2) vigoureux, donc capable de faire face aux difficultés sans s'effondrer, et 3) harmonieux, le soi montrant alors une aptitude à générer un état de calme et d'apaisement. Dans les deux cas, on retrouve l'idée de variations modérées de l'état d'une structure intégrée, les deux caractéristiques contribuant certainement à la stabilité de la construction.

Des propos précédents, on aura d'une part noté que Kernberg reconnaît au narcissisme normal et à la version légère et infantile de la pathologie du narcissisme une identité intégrée. Il inclut au sein de la pathologie légère les névroses symptomatiques et les névroses de caractère, ou du moins la couche la moins perturbée de ces dernières. Bien que l'effet incapacitant de ces affections puisse varier, l'usage courant a attribué aux névroses symptomatiques un degré de gravité inférieur à celui des névroses de caractère (McWilliams, 2011). Pour autant que Kernberg souscrive à cette distinction, ses propos suggèrent l'admission d'un certain continuum de gravité allant du narcissisme normal aux névroses de caractère en passant par les névroses symptomatiques. Cette possibilité n'est pas sans rappeler la portion du continuum allant du narcissisme normal aux variantes normales de la personnalité, et peut-être un peu au-delà, évoquée par Kohut. Ainsi, malgré les dissensions déjà notées, leurs conceptions semblent se recouper tant pour le narcissisme sain que pour les formes légères de la pathologie.

D'autre part, on aura aussi constaté que Kernberg et Kohut tendent à définir le narcissisme normal par la négative, c'est-à-dire par l'absence de pathologie. Par exemple, l'identité n'est pas diffuse – elle est intégrée – et les besoins de miroir et d'admiration n'ont pas été insuffisamment satisfaits, tel qu'en témoigne la cohérence du soi. Il en résulte un portrait qui ne souffre que peu de variations. La contribution de Stone (1998) à la notion de narcissisme normal se montre ici utile en ce qu'elle lui permet justement de gagner en relief et en complexité. Adoptant une perspective dimensionnelle, Stone place le narcissisme normal au « juste milieu » (*golden mean*) d'un continuum allant de l'auto-inflation à l'auto-dévaluation. Par juste milieu, il entend un certain biais positif, mais qui tient compte de la réalité, équilibre à l'origine du sentiment de fierté légitime ressenti à l'égard de ses accomplissements réels. Par ailleurs, il dépeint le narcissisme normal

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

comme intégrant des dispositions non seulement à l'auto-préservation, à l'affirmation et à la considération positive de soi, mais également à la considération de l'autre et à la modestie. Ces dispositions émergent naturellement d'un milieu qui d'une part nourrit le sentiment d'avoir de la valeur aux yeux de l'autre et l'expérience d'en être aimé pour ce que l'on est, et qui, d'autre part, oriente le soi vers l'acceptation d'une représentation juste de ses capacités. Selon Stone, le positionnement du « juste milieu », et donc de la normalité, varie selon la culture et les contextes de vie spécifiques. En l'occurrence, il existe plusieurs « normalités » représentant autant de contextes, lesquels doivent être considérés pour apprécier le caractère sain ou pathologique d'un patron de pensées et de comportements.

Bien que visant principalement à réunir les conceptions de Kernberg et de Kohut, Mitchell (1986) échafaude une construction théorique qui complémente bien celle formulée par Stone (1998) au sujet du narcissisme normal. Il rappelle qu'au cœur de toutes les références au narcissisme introduites par Freud réside l'idée de surévaluation, d'importance exagérée ou, selon le terme utilisé par Mitchell, d'illusion. Une telle représentation plus grande que nature, en s'éloignant de la réalité, témoigne d'une régression vers le primitif, et donc du recours à « l'illusion en tant que défense ». La pensée de Kernberg s'inscrit dans cette perspective, conformément à son postulat voulant que l'illusion serve de défense contre l'agressivité excessive et l'envie associées à la pathologie grave du narcissisme évoquées précédemment. Mitchell souligne le contraste marqué qui existe entre cette position et celle soutenue par Winnicott (1953), précisant que ce dernier entretient plutôt la conviction que l'illusion représente une étape vers l'établissement d'un soi sain en plus de constituer la source de toute créativité. En forgeant les concepts de soi-objet et d'internalisations mutationnelles (*transmuting internalisations*), Kohut s'est beaucoup rapproché de la position de Winnicott, considérant l'illusion, le soi-objet, en tant que facteur de développement du soi, voire de sa reprise si interrompu, via le processus d'internalisation mutationnelle. Mitchell nomme cette perspective « illusion en tant que croissance » et conclut que, en substance, les deux positions sur la fonction de l'illusion – défense *vs* croissance – apparaissent diamétralement opposées.

Aux fins de son argumentaire intégratif, Mitchell recrute la notion de jeu. Par définition, le jeu revêt un caractère « comme si » en ce qu'il exige une mise à distance relative de la réalité. En d'autres termes, le jeu constitue une illusion transitoire. Émergeant de façon naturelle chez l'enfant, le jeu se poursuit chez l'adulte : des illusions relatives à soi et aux autres sont continuellement générées, appréciées, puis dissoutes lorsque déçues. Ce mouvement dialectique entre illusion et réalité, apanage du fonctionnement normal, voire florissant lorsque particulièrement souple, contribue à la richesse de l'existence. Partant, ce n'est pas tant l'illusion en elle-même qui cause problème que l'attitude entretenue à son endroit. La pathologie du narcissisme tend justement à la figer dans sa forme et dans le temps. Alors que certaines formes de cette pathologie tendent à investir l'illusion avec dévotion et à travailler à sa matérialisation à tout prix, qu'elle concerne l'image de soi ou celle de l'autre, d'autres variantes cherchent plutôt à la maintenir secrète ou refoulée, le potentiel destructeur de la réalité à l'endroit de l'illusion étant reconnu, mais non accepté. La tension qui en résulte nourrit alors une sorte de paralysie qui prévient toute vitalité.

De ces propos, on ne peut qu'en conclure, suivant Mitchell, que l'illusion est à la fois défense et facteur de croissance. En édifiant un rempart défensif contre la réalité, elle ouvre un espace où divers possibles prometteurs peuvent être élaborés, soutenant ainsi la croissance. Le narcissisme normal est marqué par la fluidité avec laquelle ces possibles sont créés, puis modifiés, voire déconstruits, au contact de la réalité. L'illusion demeure alors partielle et temporaire. On y retrouve la considération pour soi postulée par Stone, ainsi que l'acceptation d'une représentation juste de ses capacités nécessaires à la modestie. La pathologie du narcissisme tend plutôt à cristalliser ces élaborations, à en préserver la nature malgré l'épreuve de la réalité. L'illusion acquiert un caractère plus global et permanent. Le refus d'y apporter toute transformation traduit une amplification de la fonction défensive qui emprisonne du même souffle le potentiel de développement qu'elle porte. En opposition directe au milieu sain qui prodigue l'acceptation inconditionnelle et soutient l'épreuve de la réalité décrite par Stone, celui qui mène à la pathologie du narcissisme fait, selon Mitchell, tout le contraire : la relation devient conditionnelle à ce que l'enfant accepte et participe au maintien de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

l'illusion du parent, qu'elle concerne la magnification de l'image de l'enfant, du parent lui-même ou des deux, à laquelle le parent s'accroche avec ténacité en raison du profond besoin de sécurité qu'elle contribue à combler en lui. Ce mode relationnel, une fois internalisé, constitue certainement un obstacle au développement du narcissisme normal et prédispose au développement d'une pathologie du narcissisme.

Inspirée par l'effort intégratif de Mitchell, une synthèse des propos ciblant le narcissisme normal apparaît ici possible. Prenant en considération les apports de Kernberg, Kohut, Stone et Mitchell, le narcissisme normal renverrait à une considération de soi 1) fondamentalement positive, 2) qui, sous l'influence de mécanismes de régulation non pathologiques, admet des variations modérées, allant de l'illusion créatrice porteuse de croissance à la déception parfois douloureuse au contact de la réalité, 3) dont la relative stabilité découle de l'intégration des aspects positifs, négatifs et réalistes du soi, 4) qui autorise la considération positive de l'autre, donc de l'objet, dont la stabilité est elle-même assurée par l'intégration de ses aspects positifs, négatifs et réalistes, 5) que renforce la satisfaction des besoins (relationnels, de miroir, d'admiration, d'auto-préservation, d'affirmation de soi) dans le respect d'un ensemble de valeurs morales stables incluant, entre autres, la modestie, et 6) dont la teneur et l'expression peuvent être modulées par le contexte culturel[6].

Accords et dissensions Kernberg – Kohut

Malgré une certaine simplification des points de vue de Kernberg et Kohut, on doit reconnaître que l'exposé de Mitchell contribue à mettre en relief certaines différences essentielles qui les séparent. Ainsi, Kernberg (1984) insiste sur le fondement agressif du fonctionnement narcissique pathologique grave dont il attribue en grande partie la genèse à un excès d'agression constitutionnel. Partant, à l'instar du DSM-5, il met l'accent sur l'envie, qui tend à induire des poussées particulièrement destructrices que tente tant bien que mal de contrecarrer le mécanisme de dévaluation de l'autre. Kohut (1971, 1977) reconnaît également une facette agressive à la pathologie du narcissisme, à laquelle il se réfère, à l'instar de Kernberg, en tant que rage narcissique. Sa conception diffère toutefois de celle de Kernberg, dans la mesure où la rage survient en réaction à une blessure narcissique, infligée lorsqu'une figure de l'environnement ne répond pas aux attentes entretenues envers elle en termes d'approbation en miroir ou de fusion avec un soi-objet idéalisé (Kohut, 1972). La réaction est d'ailleurs d'autant plus massive que le narcissisme est pathologique : dans ces conditions, l'individu conçoit l'autre comme un soi-objet – sur lequel il exerce, par définition, un contrôle quasi-absolu – dont la disponibilité est indispensable au maintien de son estime, de la cohésion et de la continuité de son sentiment de soi. La faillite de la figure de l'environnement à se conformer à cette représentation est vécue comme un refus d'obtempérer doublé d'une négligence humiliante, ce qui tend à induire une discontinuité, une fragmentation, voire une dissolution temporaire de l'expérience de soi. Il s'agit là d'une expérience passive extrêmement douloureuse contre laquelle l'individu se défend activement par le biais d'une contre-attaque agressive ayant notamment pour but de rétablir le contrôle sur la figure investie du rôle de soi-objet. Pour Kohut, tel que mentionné précédemment, la rage narcissique découle directement de la frustration traumatique des besoins narcissiques légitimes de l'enfance et non pas, tel que le postule Kernberg, d'un excès d'agressivité constitutionnel générateur d'envie.

Par ailleurs, Kernberg (1975) considère que la pathologie grave du narcissisme émane d'une structure pleinement achevée dont le développement s'est écarté de la trajectoire normale. Cette structure s'organise d'une part autour d'un soi surdimensionné forgé à partir de représentations de soi et de l'autre idéalisées et de représentations de soi actuelles. Elle s'appuie d'autre part sur un surmoi primitif, dont la constitution est altérée en raison du fait que les représentations idéales du soi et de l'autre, qui y sont normalement intégrées,

[6] Certains auteurs issus du domaine social/personnalité, comme Zeigler-Hill (Zeigler-Hill et Besser, 2013), prétendraient que cet assemblage renvoie au « narcissisme sain », et que le « narcissisme normal » renvoie plutôt à une constellation de caractéristiques (p. ex. : extraversion, ambition, dominance) associées à la pathologie du narcissisme, mais dont la magnitude demeure en-deçà du seuil pathologique, de sorte qu'elles peuvent avoir, du moins à court et moyen termes, des effets adaptatifs.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

sont désormais amalgamées au soi. Puisque l'aspect aimant du surmoi dérive normalement de la présence de ces représentations en son sein, leur exclusion résulte en un surmoi pathologique où dominent l'hostilité et les exigences excessives. Conformément à cette conception, la thérapie que Kernberg préconise vise à dissoudre ces amalgames afin d'en permettre la réorganisation des composantes en structures plus normalement intégrées.

Tel que mentionné précédemment, Kohut (1971, 1977) considère plutôt que la pathologie du narcissisme découle d'un arrêt du développement normal causé par la frustration traumatique des besoins de miroir et d'idéalisation. Puisqu'ignorés ou condamnés par les figures de l'environnement, ces besoins ont dû être profondément refoulés dans l'inconscient. En continuité avec cette conception, la thérapie préconisée par Kohut vise à favoriser la reprise du développement normal en facilitant la remobilisation des besoins narcissiques au sein de la relation et leur transformation progressive via le processus d'internalisation mutationnelle. Ainsi, pour Kernberg, la pathologie du narcissisme résulte d'une structure parachevée anormale qu'il importe de déconstruire afin d'en réorganiser les morceaux. En vertu de cette conception, peu d'éléments sont à sauvegarder, hormis les quelques aspects réalistes du soi et fonctions normales du moi qui ont su se développer en parallèle aux structures anormalement constituées (Kernberg, 1974). Pour Kohut, la pathologie du narcissisme ne résulte pas tant d'une structuration inadéquate que d'un accommodement temporaire, bien que souvent maintenu à long terme, à un environnement infantile vécu comme insatisfaisant. Conformément à cette conception, il ne s'agit pas tant de déconstruire que d'aplanir les obstacles qui s'opposent à la reprise du développement normal du soi. On peut se questionner quant aux différences réelles que ces conceptions divergentes imposent en termes de stratégies d'intervention, mais force est de reconnaître que sur le plan conceptuel, l'écart entre les idées de déconstruction-reconstruction et d'aplanissement-reprise du développement apparaît substantiel.

Pour résumer les propos relatifs aux conceptions de Kernberg et Kohut tenus jusqu'à maintenant, on peut avancer que les deux s'entendent sur un certain nombre de points : 1) la fragilité de l'état du soi que présentent les formes graves de pathologie du narcissisme, 2) la variabilité modérée des états du soi que permet l'aspect intégré des structures psychiques du narcissisme normal, et 3) l'existence d'un continuum de gravité allant de la normalité aux formes légères de la pathologie. Leurs pensées divergent toutefois sur plusieurs autres plans : 4) la continuité des formes légères et graves de la pathologie, reconnue par Kohut, mais contestée par Kernberg, 5) l'aspect grandiose du soi, central pour Kernberg, mais admis par Kohut comme seulement l'une de deux possibilités – la grandiosité peut aussi constituer un attribut de l'autre, 6) la manifestation bruyante de la pathologie grave, soutenue par Kernberg comme la plus courante, mais reconnue par Kohut en tant qu'une de deux formes, l'autre étant beaucoup plus timide, 7) l'origine de la pathologie grave, que Kernberg attribue en partie à un excès constitutionnel d'agressivité générateur d'envie, alors que Kohut l'attribue majoritairement à la frustration traumatique de besoins narcissiques infantiles légitimes, 8) l'état de la structure psychique de la pathologie grave, achevée et anormalement constituée pour Kernberg et ébauchée seulement pour Kohut en raison de l'interruption du processus de développement normal, et 9) le rôle accordé à la grandiosité, principalement défensif pour Kernberg et en partie apte à favoriser la croissance pour Kohut. En raison du nombre et de l'importance de ces points de dissension, l'évaluation et le traitement de la pathologie du narcissisme préconisés par les deux auteurs tendent à mettre en avant des éléments qui leur sont spécifiques.

Fonction des manifestations narcissiques

En sus de son apport sur le plan théorique, la vision du narcissisme pathologique dépeinte par Kernberg a, selon Gunderson, Ronningstam et Smith (1995), en bonne partie déterminé l'introduction du trouble de la personnalité narcissique au sein de la 3e révision du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1980). Qui plus est, bien qu'apparemment fondée sur le modèle développemental de Millon (1983), certains (Ronningstam, 1999) considèrent que la formulation du syndrome narcissique du DSM-III, en majeure partie retenue dans le DSM-5, a été directement inspirée des descriptions

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

comportementales du trouble de personnalité narcissique rédigées par Kernberg.

Fait d'importance, au moment de la parution du DSM-III, celui qui allait plus tard piloter l'édition du DSM-IV commentait déjà qu'en ciblant une série de caractéristiques descriptives et comportementales, la formulation du trouble de personnalité narcissique limitait les inférences relatives au *fonctionnement* des structures psychiques et, partant, s'éloignait des conceptualisations psychodynamiques ayant inspiré sa création (Frances, 1980). Or, la notion de *fonction* constitue certainement l'une des inférences cruciales à une conception psychodynamique de la psyché (Arlow et Brenner, 1964 ; Pulver, 1988) et, par extension, à la vision du narcissisme qui en découle. Stolorow (1975) l'a bien souligné dans sa définition, affirmant, de façon compatible avec les vues de Kernberg et de Kohut, que toute activité mentale dont la fonction est le maintien de la cohésion structurelle, de la stabilité temporelle et de la coloration affective positive de la représentation de soi est à ranger dans la catégorie « narcissique ». En admettant, avec Meissner (2008), que cette fonction ait valeur de motivation, il devient possible d'élargir la définition de Stolorow pour y inclure les comportements qui en résultent. Ainsi, les comportements spécifiés dans le DSM-III seraient narcissiques pour autant que leur fonction, ou plus justement la fonction des activités mentales desquelles ils émanent, est de maintenir ou de restaurer la cohésion, la stabilité et la valence positive des états du soi. À ce titre, le comportement de gonfler sa propre importance, par exemple, se verrait apposer l'étiquette narcissique seulement s'il appuie un tel processus. Il pourrait toutefois servir d'autres fins, par exemple soutenir l'accomplissement en moussant une candidature pour un poste plus élevé. Bien entendu, les élans de la sphère de l'accomplissement couronnés de succès sont susceptibles de contribuer à la régulation des états du soi, leur attribuant alors par définition un rôle narcissique. Or, on pourrait argumenter que plus le narcissisme se révèle pathologique, plus la fonction de régulation tend à devenir primaire.

Par ailleurs, même lorsque assurant un rôle de maintien ou de restauration de l'estime, la simple fréquence d'émission d'un comportement rend difficilement compte du caractère plus ou moins pathologique de la fonction qui le sous-tend. À ce sujet, rappelons que Kernberg (1984) considère que la manière et le degré d'intégration des représentations positives et négatives de soi et de l'objet, ainsi que l'aspect plus ou moins sévère du surmoi associé à l'ampleur de l'agressivité et de l'envie, distinguent principalement les formes légères et graves de la pathologie du narcissisme. Émanant de la forme grave, le comportement narcissique participe à la préservation de l'estime en soutenant l'évacuation à l'extérieur des représentations négatives non intégrées, maintenant ainsi la structure de soi idéalisée intacte et répondant par le fait même aux exigences d'un surmoi excessivement hostile et exigeant. Issu de la forme plus légère, il contribue davantage à maintenir l'estime en diminuant la peur et la culpabilité induites par un surmoi libidinalement prohibitif qui exige par ailleurs l'atteinte d'objectifs infantiles non transformés par le processus normal de maturation. Suivant Mitchell (1986), on pourrait ajouter que dans un contexte de narcissisme normal, le comportement narcissique pourrait assurer la régulation de l'estime via une « poussée de croissance », l'imagination de divers possibles initiant un mouvement visant, sinon à les réaliser, à tout le moins à en tester le degré de réalisme et de faisabilité.

De façon intéressante, ces distinctions ne sont pas sans rejoindre celles offertes par Modell (1975) en lien avec sa description du processus de « défense narcissique contre les affects ». L'exposé de Modell repose sur la prémisse que l'affect s'oppose à l'indifférence, qu'il implique la recherche d'un contact avec l'objet. Partant, la défense narcissique consiste à bloquer les affects en raison de la crainte intense suscitée par la proximité de l'autre, soutenant par le fait même une illusion d'autosuffisance. L'utilisation de cette défense demeure transitoire chez le névrotique, mais acquiert un caractère plus permanent chez la personne qui présente un trouble de personnalité narcissique. Cette permanence est elle-même tributaire d'une altération de la structure du moi qui met en faillite ses fonctions intégratives. Une telle détérioration se traduit par la non-reconnaissance, voire le désaveu, de certains éléments de la réalité, incluant, outre les affects, le caractère séparé du soi et de l'objet. Conséquemment, les enjeux internes sont rapidement transposés aux relations réelles, ce qui n'est pas le cas du névrotique, pour qui l'influence des conflits internes sur les relations demeure partielle et s'établit plus graduellement. Par extension, on pourrait imaginer

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

que les conflits sont encore plus circonscrits chez la personne qui dispose d'un narcissisme normal, la relation s'établissant alors davantage autour des aspects réalistes et admettant une souplesse et une intimité qui font défaut au névrotique.

En résumé, un comportement traditionnellement qualifié de narcissique – par exemple l'inflation de l'importance d'une réussite ou d'une réalisation – pourrait d'une part soutenir des fonctions autres que narcissiques, par exemple l'accomplissement. D'autre part, lorsqu'il est principalement émis dans un but « narcissique », c'est-à-dire de maintien ou de restauration de l'estime de soi, la fonction à laquelle il répond peut aller de la régulation normale à la régulation pathologique. Dans ces conditions, les façons de faire, puisque tributaires de fonctions de régulation relevant de niveaux différents, normal et pathologique, refléteront ces divergences, notamment dans la façon dont l'interlocuteur est représenté et, par conséquent, dans la manière d'interaction avec lui.

La section suivante développe l'effet que ces mécanismes plus ou moins pathologiques sont susceptibles d'avoir sur l'autre. Pour l'heure, on peut avancer que le fait que la fonction dont découle un comportement – et du niveau duquel elle relève : non narcissique, narcissisme normal, pathologie légère ou pathologie grave du narcissisme – ne soit pas reflétée dans la classification catégorielle du DSM (III, American Psychiatric Association, 1980 ; IV, American Psychiatric Association, 1994 ; et 5, American Psychiatric Association, 2013) rend difficile le départage du sain et du pathologique. En effet, un même comportement pourrait servir l'une ou l'autre fin chez deux individus différents. Qui plus est, un comportement donné pourrait, chez un même individu, tantôt être émis pour réparer une estime fragilisée, tantôt être déclenché en soutien à un processus tout autre, par exemple l'autonomisation.

Impact affectif du narcissisme sur l'autre

Le processus de transposition de l'intrapsychique aux relations réelles mentionné précédemment en lien avec la conception de Modell (1975), auquel Kernberg (1998) associe l'expulsion des représentations négatives typique des formes graves de la pathologie du narcissisme, s'accompagne selon ce dernier d'une indifférence, d'un mépris, ou d'une dévaluation de l'autre. Ces réponses sont d'autant plus marquées que l'admiration attendue n'est pas témoignée, bien qu'elles puissent être momentanément suspendues lorsque l'autre demeure temporairement idéalisé. En accord avec Modell (*ibid.*), on pourrait en conclure que l'externalisation des représentations non intégrées dicte un rapport à l'autre fortement polarisé qui n'admet que peu de nuances. Ainsi, lorsque manifestée, l'indifférence est quasi complète et va jusqu'au déni du caractère séparé de l'autre, voire au déni de sa présence. Une telle disposition ne peut qu'induire un inconfort important chez l'autre, dont les contributions, perçues comme d'éventuelles tentatives de dissolution de l'unité positive soi-objet par un objet menaçant qui cherche à se rapprocher, sont difficilement tolérées et se trouvent fréquemment disqualifiées d'emblée. L'inflation de sa propre importance se double donc du déni de celle de l'autre, qui ne peut alors que se sentir discrédité et dévalorisé. En vertu du caractère relativement intégré de ses représentations positives et négatives, le névrotique qui présente une pathologie légère du narcissisme entretient un plus grand intérêt à l'endroit de sa relation à l'autre. Comme le souligne Modell (*ibid.*), son recours à la défense narcissique contre les affects ne vise pas à remettre en question l'existence de l'autre en tant qu'être séparé. Il implique bien une mise à distance, mais celle-ci s'inscrit dans la continuité de la relation. Dans ce contexte, l'inflation de sa propre importance à des fins d'autorégulation n'implique pas le déni de celle de l'autre. Par conséquent, bien que l'autre puisse ressentir des affects tels que l'irritation ou la tristesse, il ne tend généralement pas à se sentir discrédité et dévalorisé.

En admettant que la fonction des comportements répertoriés par le DSM-5 puisse être de réguler les états du soi au sein des deux degrés de gravité, légère ou prononcée, de la pathologie narcissique de la personnalité, les propos précédents illustrent bien que les mécanismes par lesquels cette fonction s'exerce varient nettement d'un degré à l'autre. Ils indiquent également que cette divergence tend à s'accompagner de l'induction d'affects dissemblables chez l'interlocuteur : l'impression de ne pas être important et d'être disqualifié dans le cas de la pathologie grave, et l'absence de ces affects pour ce qui est de la pathologie légère. Ainsi, pour

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

juger du degré de pathologie du narcissisme de la psyché dont les comportements émanent, on gagne à croiser la nature des conduites avec l'expérience subjective de l'interlocuteur, notamment en termes de prépondérance de l'impression d'être insignifiant et discrédité. Cela requiert notamment qu'un contact en face à face soit établi entre la personne évaluée et l'intervieweur.

Dès lors, on s'étonnera peu de ce que Kernberg (1975, 1999) mette un accent particulier sur les réactions contre-transférentielles au sein du processus de psychothérapie. Il est d'avis que ce phénomène reflète, du moins en partie, ce qui est communiqué non-verbalement par la personne évaluée – le patient – et constitue une source d'information essentielle à la compréhension de ses enjeux interpersonnels. De plus, il considère que la portion des réactions contre-transférentielles qui découle directement de la réactivation des conflits du patient au sein de la relation – donc, du transfert – augmente en fonction de la gravité de sa pathologie, et que l'intensité du contre-transfert ressenti tend à refléter cette proportion. Le couple transfert/contre-transfert tendrait par ailleurs à émerger très tôt en cours de suivi avec les personnalités du registre des organisations limites de bas niveau, auquel appartient le trouble narcissique. En vertu des efforts inconscients du patient narcissique à dénigrer la relation thérapeutique, le thérapeute peut ressentir de la frustration, de l'impuissance, de la lassitude et de l'incompréhension.

Kohut (1971), pour sa part, mise sur la nature du transfert du patient pour établir un diagnostic de trouble narcissique de la personnalité. Il affirme que la présence de cette pathologie ne peut être déterminée à partir de critères comportementaux. Le transfert propre à la pathologie du narcissisme peut se présenter sous deux formes : un transfert idéalisant, où l'autre est perçu comme un objet omnipotent avec lequel une union doit être établie et maintenue pour assurer un certain équilibre psychique, et un transfert en miroir, marqué par l'activation d'un soi grandiose qui tend à exercer un contrôle plus ou moins ferme sur l'objet de façon à voir sa grandeur confirmée. Les contre-transferts induits en réponse à ces transferts sont d'autant plus intenses que les manifestations transférentielles se déploient tôt et à un rythme rapide. Le transfert idéalisant tend à générer chez le thérapeute un malaise dû à la stimulation de ses fantaisies grandioses refoulées, contre lesquelles il se défend par des stratégies visant à refuser la projection ou à en minimiser la grandeur. L'activation de la représentation de soi grandiose du transfert en miroir confine le thérapeute au rôle étroit de témoin de la grandeur du patient, allant dans certains cas jusqu'au refus de son fonctionnement en tant que personne séparée du patient. Dans ce contexte, le thérapeute éprouve souvent de la difficulté à demeurer impliqué émotionnellement et à maintenir son attention sur le patient, ce qui peut se traduire par une impression de lassitude ou donner lieu à des mouvements agressifs visant à se sortir d'un état difficile à tolérer.

La description de Kohut (1971) du transfert en miroir et de ses effets sur le contre-transfert du thérapeute fait écho aux propos de Modell (1975) concernant l'impression de discrédit et de dévaluation que peut ressentir le thérapeute avec un patient qui présente une pathologie grave du narcissisme. Elle est également en accord avec les manifestations d'indifférence, de mépris et de dévaluation observées par Kernberg (1975) chez ce type de patient et de leur effet sur le clinicien. À cette facette du fonctionnement narcissique, Kohut en ajoute toutefois une seconde avec l'introduction du transfert idéalisant et de son impact différentiel sur le thérapeute, décrit en termes de malaise entraînant la minimisation ou le refus du rôle attribué par le patient[7].

Peu importe sa nature, le contre-transfert, s'il doit être utile au diagnostic et constituer un indice probant, doit présenter une caractéristique essentielle : il doit survenir dès les premières rencontres avec le patient. Kernberg et Kohut soulignent tous les deux que le contre-transfert tend à émerger rapidement dans bon nombre de cas de pathologie grave du narcissisme. Or, Kernberg (1975) mentionne également qu'il est parfois difficile de distinguer les manifestations de grandiosité émanant des formes légères et graves de la pathologie du narcissisme. Dans ces situations, la trajectoire suivie par la thérapie suite à l'interprétation de la grandiosité

[7] Kohut met l'accent sur la difficulté du thérapeute à se voir idéalisé par le patient. L'inverse peut également se produire, le thérapeute encourageant et embrassant sa propre idéalisation par le patient. Si maintenue trop longtemps, cette situation devient à risque d'enfermer la dyade patient-thérapeute dans une idéalisation mutuelle rigide et impénétrable (Slochower, 2011).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

par le thérapeute sera particulièrement révélatrice : elle cédera la place à un transfert différent dans les cas de pathologie légère du narcissisme, marqué par l'absence de dévaluation de l'autre et de repli dans un soi grandiose ; mais puisque fondée sur le déni de l'indépendance de l'objet, ces derniers mécanismes auront tendance à persister dans le cas de la pathologie grave. En l'occurrence, les impressions diagnostiques formulées en début de processus devront revêtir un aspect probabiliste en attente de validation ultérieure.

Dans l'ensemble, les propos tenus aux deux sections précédentes mènent au constat qu'un comportement donné, par exemple l'inflation de l'importance d'une réussite, puisse servir des fonctions différentes : 1) répondre à des besoins autres que narcissiques, par exemple le soutien à l'autonomie ou à l'accomplissement, 2) assurer la régulation normale de l'estime, 3) réguler l'estime dans le cadre d'une pathologie légère du narcissisme, et 4) la réguler dans un contexte de pathologie du narcissisme grave. Par ailleurs, un tel comportement est non seulement susceptible de remplir des fonctions dissemblables d'un individu à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre chez un même individu. Dans ce cas, la forme du comportement, ou la dynamique de l'interaction avec l'autre dans laquelle il s'inscrit, risque de varier selon la fonction et, par conséquent, contribuer à induire des affects différents chez l'interlocuteur. Ces affects, lorsque suffisamment présents et élaborés par ce dernier, constituent des indicateurs potentiels du rôle joué par le comportement. Tout cela milite en défaveur du seul recours à la nature du comportement et à sa fréquence en tant qu'outil diagnostique différentiel.

Formes de pathologie du narcissisme

Tel que déjà esquissé, plusieurs polarisations sont perceptibles au sein des propos publiés par Kohut (1971, 1977, 1978). Il a notamment défini les besoins du soi – de miroir et d'idéalisation – en tant que constituants élémentaires d'un soi nucléaire *bipolaire* et a décrit les types de transfert que chaque besoin inassouvi est susceptible de déployer en thérapie. Il a également opposé le caractère très affirmé des individus présentant un trouble de *comportement* narcissique à celui beaucoup plus effacé de ceux montrant un trouble de *personnalité* narcissique. Au sein des entités appartenant au registre de la pathologie du narcissisme, il a distingué les personnalités avides de fusion (*merger-hungry*), avec leurs exigences insistantes, des personnalités fuyant le contact (*contact-shunning*), marquées par leur tendance à l'isolation. Il a par ailleurs créé les vocables *clivage horizontal* et *vertical* pour distinguer respectivement les processus défensifs proches du refoulement dans l'inconscient et ceux apparentés au désaveu qui autorisent l'existence simultanée et indépendante de deux contenus incompatibles au sein de la conscience.

De prime abord, besoin et transfert en miroir, trouble de comportement narcissique et clivage horizontal semblent naturellement s'amalgamer en un portrait cohérent. En effet, on imagine assez aisément un individu qui cherche bruyamment à voir confirmée une perception de soi grandiose alors que ses réels besoins narcissiques, associés à un soi beaucoup plus vulnérable, sont maintenus à distance dans l'inconscient. Un tel tableau reproduit d'ailleurs assez bien l'image de la pathologie grave du narcissisme décrite par Kernberg et celle qu'évoquent les critères diagnostiques du DSM. Lui étant dans une certaine mesure opposée, la combinaison besoin et transfert idéalisant, trouble de personnalité narcissique et clivage vertical semblerait également crédible, dépeignant de façon convaincante un individu qui entretient une impression de soi faible et vulnérable alors qu'il idéalise l'autre et se nourrit secrètement de fantaisies grandioses.

Bien que présentant une certaine élégance, ces assemblages ne constituent toutefois qu'une partie des possibles conceptualisés par Kohut et, ce faisant, ne rendent pas compte de la complexité de sa vision de la pathologie du narcissisme. Ainsi, il soutient (Kohut, 1971) que les mécanismes de clivage horizontal et vertical sont impliqués, bien qu'en proportions variables, dans la plupart des cas, qu'ils soient dominés par des représentations conscientes de soi grandioses ou de l'objet idéalisées. Par ailleurs, en réaction à une réponse déficitaire de l'autre sur le plan de l'empathie, ceux qui tendent à déployer des besoins d'idéalisation peuvent soudainement basculer vers des besoins de miroir pendant des périodes prolongées, donnant une tout autre couleur à l'image qu'ils projettent et aux interactions dans lesquelles ils s'investissent.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

Les personnes qui présentent un trouble de comportement narcissique peuvent, selon Kohut, autant mettre en avant un besoin de miroir qu'un besoin d'idéalisation, et réagir avec colère ou rage lorsque la réponse obtenue est sous-optimale[8]. Bref, on en conclura que la réalité ne peut être complètement réduite à des prototypes, que les variations possibles sont nombreuses et constituent en quelque sorte un défi pour toute tentative de simplification. Certainement, un des apports considérables de Kohut aura été d'élargir la conception de la pathologie du narcissisme pour y admettre autre chose que la constellation centrée sur la manifestation bruyante d'un soi grandiose avide d'admiration, nommément celles associées à un besoin d'idéalisation de l'autre et à des tendances comportementales beaucoup plus effacées, une combinaison à laquelle d'autres, comme on le verra plus loin, réfèrent en tant que narcissisme vulnérable.

Pour sa part, tout en insistant sur l'aspect grandiose des manifestations de la pathologie du narcissisme, Kernberg (1970) reconnaît que certains cas se présentent différemment. Des sentiments d'infériorité et d'insécurité peuvent occuper une grande part de la phénoménologie consciente, parfois en alternance avec des impressions de grandeur et d'omnipotence. Dans d'autres cas encore, la grandiosité ne fait surface qu'après un travail psychothérapeutique considérable. Or, ce pourquoi Kernberg ne semble pas favorable à admettre l'existence d'un type moins grandiose de pathologie grave du narcissisme tient en partie à sa compréhension du transfert idéalisant. Rappelons que Kohut conçoit les transferts en miroir et idéalisant comme reflétant la réactivation de l'un ou l'autre des besoins du soi, et que ceux-ci cohabitent de façon relativement indépendante. Autrement dit, certains types de pathologie du narcissisme s'édifient principalement sur des besoins de miroir inassouvis, et d'autres sur des besoins d'idéalisation insuffisamment répondus, conformément à sa conception *bipolaire* du soi. Pour Kernberg (1974), l'idéalisation du thérapeute qui apparaît dans le transfert des patients narcissiques en thérapie ne relève pas d'un processus différent de celui responsable des comportements destinés à susciter l'admiration : les deux émanent du soi grandiose. Pour preuve, Kernberg offre notamment l'observation que les caractéristiques enviables attribuées au thérapeute dans les phases d'idéalisation correspondent exactement à celles que le patient considère lui-même posséder. Au cours du processus d'idéalisation, le patient projette en quelque sorte ces qualités sur le thérapeute de façon à pouvoir s'en nourrir par le biais d'une union quasi magique. L'idéalisation de soi et l'idéalisation du thérapeute témoigneraient donc de l'existence d'une seule et unique structure grandiose et poursuivraient en essence le même objectif : prévenir l'irruption d'envie au sein de la relation, porteuse d'une charge agressive au potentiel destructeur. Par conséquent, puisque découlant des mêmes mécanismes impliquant un soi surdimensionné, la reconnaissance de sous-types de pathologie grave du narcissisme ne saurait, pour Kernberg, se justifier.

Au fil du temps, force est d'admettre qu'un nombre important de penseurs se sont davantage rapprochés de la conception bipolaire de Kohut que de celle de Kernberg. Plusieurs d'entre eux ont en effet distingué deux principales formes de pathologie du narcissisme, qu'ils ont baptisées de différentes façons, bien que la parenté demeure perceptible. On compte, entre autres, les distinctions manifeste-voilé (*overt-covert* ; Cooper, 1981 ; Akhtar et Thomson, 1982), insensible-hypervigilant (Gabbard, 1989), déterminé-hypersensible (Wink, 1992), exhibitionniste-de placard (*exhibitionnistic-closet* ; Masterson, 1993), grandiose-vulnérable (Dickinson et Pincus, 2003), et arrogant/ayant droit-déprimé/appauvri (Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force, 2006)[9]. De cette liste, peut-être en partie parce qu'appuyée par un nouvel instrument (*Pathological Narcissism Inventory, PNI* ; Pincus, Ansell, Pimentel *et al.*, 2009), la conception de Pincus semble rapidement gagner en popularité. S'inscrivant dans une approche interpersonnelle de

[8] Kohut (1971) note toutefois que la rage qui émerge chez celui qui manifeste un besoin d'idéalisation primaire suite à une réponse non optimale tend à s'accompagner d'une réaction d'abattement (*despondency*), alors que cette réaction accompagne plus rarement la rage de celui qui éprouve un besoin de miroir primaire. Cette distinction milite en faveur de l'association trouble de personnalité narcissique et besoin d'idéalisation énoncée au paragraphe précédent et renforce par la même occasion l'idée de l'existence d'au moins deux modes de présentation de la pathologie du narcissisme.

[9] Certains auteurs ajoutent une troisième forme ou dimension qui recoupe le syndrome narcissique malin de Kernberg : p. ex., manipulatif (Cooper et Maxwell, 1995) et psychopathique (Ronningstam, 2005).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

la psychopathologie (Pincus et Wright, 2011), elle définit le narcissisme comme la capacité à maintenir une image relativement positive de soi par le biais de mécanismes de régulation des états du soi, de régulation des affects, et de processus interpersonnels (Pincus *et al.*, 2009 ; Pincus, 2013). Dans ce contexte, le narcissisme pathologique renvoie à des déficits sur le plan de la régulation et au recours à des stratégies interpersonnelles mal adaptées lorsque surviennent des désappointements et des menaces à l'image de soi.

Ces mécanismes peuvent prendre une forme *grandiose manifeste*, marquée par le refoulement des aspects négatifs de soi et la déformation des informations externes contredisant une vision positive de soi. Elle donne lieu à une attitude d'ayant-droit, à une image enflée de soi qui persiste même en l'absence des réussites et habiletés qui pourraient en partie la justifier, au recours à des fantaisies de pouvoir illimité, de supériorité, de perfection et d'adulation, et à des comportements exhibitionnistes, d'exploitation, d'agression, d'envie et de manque d'empathie. La grandiosité peut aussi se présenter sous une forme plus *latente*, notamment par l'entremise d'aide et de soutien offerts à un autre par ailleurs secrètement méprisé, une combinaison qui contribue à entretenir une vision de soi en tant qu'être spécial, rempli de bonté et donc supérieur. La pathologie peut également prendre une forme *vulnérable*, marquée par l'expérience consciente d'impuissance, de vide, de faible estime et de honte. Lorsque *manifeste*, cette forme admet néanmoins la possibilité que la souffrance et la douleur octroient un statut spécial à celui qui les éprouve, une récupération grandiose à laquelle il peut ensuite être difficile de renoncer. Lorsque *latente*, la forme vulnérable peut cohabiter avec la forme grandiose manifeste ou encore être dissimulée par une attitude d'évitement social lorsque le soi ne peut être présenté de façon idéale ou que l'admiration espérée n'est pas prodiguée.

Outre la distinction grandiose et vulnérable, la proposition de Pincus est intéressante en ce qu'elle décline chacune de ces constellations ou types en deux modes de présentation, l'un manifeste et l'autre latent. Cette bimodalité rejoint certaines observations effectuées par Kernberg et Kohut quant à la variété des portraits que peut prendre la pathologie du narcissisme. Rappelons que selon Kernberg (1970), des sentiments d'infériorité et d'insécurité peuvent dans certains cas occuper une grande part de la phénoménologie consciente, masquant en quelque sorte la grandiosité qui, dans le vocabulaire de Pincus, existe alors à l'état latent. Pour Kohut (1971), une estime de soi faible doublée de propensions à ressentir de la honte et à entretenir des pensées hypochondriaques constitue l'état du soi que tente de maintenir à distance le mécanisme de clivage vertical. En vertu de ce clivage, une grandiosité infantile, associée à un besoin de miroir, peut occuper la plus grande partie du fonctionnement conscient et générer des comportements conséquents. Conformément à la proposition de Pincus, le clivage vertical tendrait ainsi à maintenir la grandiosité à l'avant-plan, sur un mode manifeste, et à reléguer la vulnérabilité à l'arrière-plan, sur un mode beaucoup plus latent. Sans couvrir toutes les variations de présentation de la pathologie du narcissisme telles qu'entrevues par Kernberg et Kohut, la conception de Pincus contribue certainement à admettre dans le registre de la pathologie du narcissisme des modes de fonctionnement que des conceptions comme le DSM ont plutôt tendance à exclure.

Conclusion

Dans le passé, les écrits portant sur la comparaison des conceptions de la pathologie du narcissisme de Kernberg et de Kohut se sont souvent restreints à la pathologie grave, laissant de côté le narcissisme normal ainsi que les versions plus légères de la pathologie (p. ex., Robbins, 1980 ; Rothstein, 1991 ; Manakas, 2007). Ils ont également eu tendance à mettre en relief les divergences entre ces deux positions de façon à démontrer la supériorité de l'une sur l'autre, voire l'aspect inadéquat des deux. Le présent exposé se démarque en ce que sa rédaction a été portée par un souci d'intégration. Une synthèse du narcissisme normal a notamment été réalisée, agrémentant les points de vue de Kernberg et Kohut de ceux de Stone et Mitchell. En définissant un espace de fonctionnement spécifique au narcissisme normal, la démarcation de ceux occupés par les différentes versions de la pathologie s'en trouve clarifiée. L'intégration de la normalité soutient également la délinéation des contours du concept de narcissisme, dont la complexité relève entre autres de l'étendue du domaine qu'il couvre.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

Le désir d'intégration a aussi sous-tendu la comparaison des points de vue relatifs à la pathologie du narcissisme. Lorsque directement compatibles, les vues de Kernberg et de Kohut ont été réunies. La notion de fonction narcissique de l'activité mentale de Stolorow, étendue au comportement, a soutenu l'organisation de leurs propos relatifs au degré de gravité de la pathologie. L'ajout des réflexions de Modell au sujet de la défense narcissique contre les affects a facilité la discussion de leurs idées concernant l'effet du degré de pathologie sur l'état affectif de l'autre. Des points de vue passibles d'assouplir leurs oppositions ont également été offerts – l'illusion en tant que défense et facteur de croissance décrite par Mitchell et les modes de présentation grandiose, vulnérable, manifeste et latent formalisés par Pincus.

Sur le plan de la forme, des résumés synthèses ont été parsemés tout au long de l'exposé, mettant en relief les communautés de pensée des auteurs. Sans offrir de conclusion définitive sur les sujets abordés, ils ont été conçus de façon à en faciliter l'application au contexte d'évaluation clinique. Les particularités des processus thérapeutiques conçus par Kernberg et Kohut, vu leur complexité, n'ont pu ici qu'être esquissés. Un dernier effort d'intégration est néanmoins susceptible d'apporter une contribution supplémentaire pertinente sur ce plan, en lien avec la différence des rôles attribués par Kernberg et Kohut à l'agressivité au sein du narcissisme pathologique.

Rappelons que Kernberg conçoit l'agressivité en tant que déterminant constitutionnel de la pathologie du narcissisme, alors que Kohut la considère en tant que réaction attendue à une insuffisance environnementale. Kernberg et Kohut insistent ainsi respectivement sur les aspects innés/tempéramentaux et acquis/déficitaires de l'agressivité et de la rage inhérentes à cette pathologie, deux perspectives apparemment irréconciliables. Dans sa discussion de la nature de l'agressivité, Mitchell (1993) se montre pourtant optimiste. Il reconnaît d'emblée le fossé qui, de longue date, sépare en deux camps les diverses conceptualisations de l'agressivité : soit que l'homme naît instinctivement cruel et doit en venir à maîtriser cette passion, soit qu'il vient au monde innocent et devient haineux en fonction des privations et de la cruauté qui lui sont infligées. Sans surprise, il constate que les vues de Kernberg et de Kohut se campent de part et d'autre de ce fossé.

S'appuyant notamment sur le résultat de recherches menées sur les enfants (Parens, 1979), Mitchell conçoit pour sa part l'agressivité en tant que réponse biologiquement prédéterminée à la menace et au danger. En accord avec Kernberg, il admet l'existence de variations innées sur le plan du seuil de déclenchement, du mode et de l'intensité d'expression de cette réponse – le tempérament. En concevant l'agressivité comme une réponse, il considère, à l'instar de Kohut, qu'un stimulus interprété comme une menace est nécessaire au déclenchement de l'épisode agressif, qu'il ne peut être généré spontanément par un besoin de destruction cherchant satisfaction. De cette façon, tant la constitution que l'environnement tel qu'éprouvé subjectivement contribuent à l'expérience agressive et peuvent dans une certaine mesure influencer le développement de la pathologie du narcissisme.

Par ailleurs, compte tenu de son universalité, de sa force, de sa fréquence et du fait que la menace émerge principalement d'un contexte relationnel, l'épreuve de soi en tant qu'agent agressif et potentiellement dangereux représente une facette importante de l'expérience de soi de tout être humain. Cette version de soi tend toutefois à demeurer discrète et non intégrée aux autres, promulguant ainsi les aménagements conflictuels. Aussi, pour Mitchell, l'exploration thérapeutique doit s'intéresser non seulement à la nature des menaces et vulnérabilités menant à la réponse agressive (Kohut), mais aussi aux ramifications de l'expérience de soi en tant qu'agent agressif (Kernberg).

En terminant, il importe de mentionner qu'un effort intégratif tel que le nôtre passe certainement outre plusieurs des spécificités des différentes écoles de pensée psychanalytiques – psychanalyse classique, psychologie du moi, théories des relations d'objet anglaises et américaines, psychologie du soi, psychanalyse relationnelle, pour ne nommer que celles-là. Ce faisant, elle peut donner lieu à des objections importantes sur le plan conceptuel. Nous considérons néanmoins que sur le plan de la pratique, une intégration argumentée telle qu'offerte ici recèle un potentiel d'utilité clinique intéressant. ■

(Article reçu à la Rédaction le 19.10.2018)

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

Summary Otto Kernberg and Heinz Kohut are certainly among those north-american authors who offered the most elaborate theories on the pathology of narcissism defined as a serious difficulty in regulating internal self-states. A different approach lead Stone and Mitchell to develop normal narcissism as a potential of growth that emanates from a positive bias and a transitory illlusion towards oneself. Stolorow and Modell reffered to the importance of the psychic function maintained through narcissic behaviour as he transpires in the relational sphere and induces consequential affects in others. Pincus formulated grandiose and vulnerable forms of narcissic pathology inspired by Kohut's writings. The article presents theses contributions of which it proposes a critical survey and a synthesis aimed to enlighten clinical practice.

Bibliographie

Adler G. (1986) : Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient : Two contrasting approaches. *American Journal of Psychiatry, 143* : 430-436. Doi : 10.1176/ajp.143.4.430.

Akhtar S., Thomson J.A. (1982) : Overview : Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *139* : 12-20. Doi : 10.1176/ajp.139.1.12.

American Psychiatric Association (1980) : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing. Doi : 10.1176/appi.books.9780890425596.

Arlow J. A., Brenner C. (1964) : *Psychoanalytic concepts and the structural theory.* Oxford, England, International Universities Press.

Cooper A.M. (1981) : Narcissism, *in* : Arieti S., Keith H., Brodie H. (Éds.) : *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 4, pp. 297-316). New York, Basic Books.

Cooper J., Maxwell N. (1995) : *Narcissistic Wounds*. London, Jason Aronson.

Dickinson K.A., Pincus A.L. (2003) : Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders, 17* : 188-207. Doi : 10.1521/pedi.17.3.188.22146.

Frances A. (1980) : The DSM-III personality disorders section : A commentary. *American Journal of Psychiatry, 137* : 1050-1054. Doi : 10.1176/ajp.137.9.1050.

Freud S. (1914c) : Pour introduire le narcissisme, *in* : *La vie sexuelle* (pp. 67-102). Paris, PUF, 1969.

Gabbard G.O. (1989) : Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 53* : 527-532.

Gunderson J. G., Ronningstam E., Smith L. E. (1995) : Narcissistic personality disorder, *in* : Livesley W.J. (Ed.) : *The DSM-IV personality disorders* (pp. 201-212). New York, NY, Guilford Press.

Kernberg O.F. (1970) : Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18* : 51-85. Doi : 10.1177/000306517001800103.

Kernberg O.F. (1974) : Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis, 55* : 215-240.

Kernberg O.F. (1975) : *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ, Jason Aronson. Doi : 10.1192/S0007125000016214.

Kernberg O.F. (1984) : *Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies*. New Haven, Yale University Press.

Kernberg O.F. (1998) : Pathological narcissism and narcissistic personality disorder : Theoretical background and diagnostic classification, *in* : Ronningstam E.F. (Ed.) : *Disorders of narcissism : diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 29-51). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Kernberg O.F. (1999) : Acute and chronic countertransference reactions, *in* : Fonagy P., Cooper A.M., Wallerstein R.S. (Eds.) : *Psychoanalysis on the Move : The Work of Joseph Sandler* (pp. 171-186). London, New Library of Psychoanalysis. Doi : 10.4324/9780203360903.

Kohut H. (1971) : *The Analysis of the Self*. New York, International Universities Press. Doi : 10.7208/chicago/9780226450148.001.0001.

Kohut H. (1972) : Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child, 27* : 360-400. Doi : 10.1080/00797308.1972.11822721.

Kohut H. (1977) : *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press.

Kohut H., Wolf E.S. (1978) : The disorders of the self and their treatment : An outline. *International Journal of Psycho-Analysis, 59* : 413-425.

Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967) : *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.

Manakas E. (2007) : Tracing the origins, centring on selves : Reading Kohut and Kernberg from a developmental perspective, *in* : Gaitanidis A. (Ed.) : *Narcissism : A critical reader* (pp. 47-69). London, Karnac Books.

Masterson J.F. (1993) : *The emerging self : A developmental, self, and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self*. New York, Brunner/Mazel.

McWilliams N. (2011) : *Psychoanalytic diagnosis : Understanding personality structure in the clinical process* (2e éd.). New York, Guilford.

Meissner W.W. (2008) : Narcissism as motive. *Psychoanalytic Quarterly, 77* : 755-798. Doi : 10.1002/j.2167-4086.2008.tb00359.x.

Millon T. (1983) : The DSM-III : An insider's perspective. *American Psychologist, 38* : 804-814. Doi : 10.1037/0003-066X.38.7.804.

Mitchell S.A. (1986) : The wings of Icarus : Illusion and the problem of narcissism. *Contemporary Psychoanalysis, 22* : 107-132. Doi : 10.1080/00107530.1986.10746118.

Mitchell S.A. (1993) : *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, Basic Books.

Modell A.H. (1975) : A narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency. *International Journal of Psycho-Analysis, 56* : 275-282.

Parens H. (1979) : *The development of aggression in early childhood*. New York, Jason Aronson.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène

Pincus A.L. (2013) : The Pathological Narcissism Inventory, *in* : Ogrudniczuk J. (Ed.) : *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 93–110). Washington, DC, American Psychological Association. Doi :10.1037/14041-006

Pincus A.L., Ansell E.B., Pimentel C.A., Cain N.M., Wright A.G.C., Levy K.N. (2009) : Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21* : 365-379. Doi : 10.1037/a0016530.

Pincus A.L., Wright A.C. (2011) : Interpersonal diagnosis of psychopathology, *in* : Horowitz L.M., Strack S. (Eds.) : *Handbook of interpersonal psychology : Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 359-381). Hoboken, NJ, John Wiley & Sons.

Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force (2006) : *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Springs, MD, Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Pulver S. E. (1970) :. Narcissism : The term and the concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18* : 319-342. Doi :10.1177/000306517001800204.

Pulver S. E. (1988) : Psychic structure, function, process, and content : Toward a definition. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 365* : 165-188.

Quinodoz J.-M. (2004) : *Lire Freud*. Paris, PUF.

Robbins M. (1980) : Current controversy in object relations theory as outgrowth of a schism between Klein and Fairbairn. *International Journal of Psychoanalysis, 61* : 477-492.

Ronningstam E.F. (1999) : Narcissistic personality disorder, *in* : Millon T., Blaney P.H., Davis R.D. (Eds.) : *Oxford textbook of psychopathology* (pp.674-693). New York, Oxford University Press.

Ronningstam E. (2005) : Narcissistic personality disorder : A review, *in* : Maj M., Akiskal H.S., Mezzich J.E., Okasha A. (Eds.) : *Evidence and experience in psychiatry, volume 8 : Personality disorders* (pp. 277–327). New York, John Wiley & Sons.

Rothstein A. (1991) : An exploration of the diagnostic term narcissistic personality disorder, *in* : Kets de Vries M.F.R., Perzow S. (Eds.) : *Handbook of character studies : Psychoanalytic explorations* (pp. 303-318). Madison, CT, International Universities Press.

Russell G.A. (1985) : Narcissism and the narcissistic personality disorder : A comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *British Journal of Medical Psychology, 58* : 137-148. Doi : 10.1111/j.2044-8341.1985.tb02626.x.

Slochower J. (2011) : Analytic idealizations and the disavowed : Winnicott, his patients, and us. *Psychoanalytic Dialogues, 21* : 3-21. Doi : 10.1080/10481885.2011.545317.

Stolorow R.D. (1975) : Toward a functional definition of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis, 56* : 179-185.

Stone M.H. (1998) : Normal narcissism : An etiological and ethological perspective, *in* : Ronningstam E.F. (Ed.) : *Disorders of narcissism : diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 7-28). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Wink P. (1992) : Three narcissism scales for the California Q-set. *Journal of Personality Assessment, 58* : 51-66. Doi : 10.1207/s15327752jpa5801_5.

Winnicott D. W. (1953) : Transitional objects and transitional phenomena ; a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis, 34* : 89-97.

Zeigler-Hill V., Besser A. (2013) : A glimpse behind the mask : Facets of narcissism and feelings of self-worth. *Journal of Personality Assessment, 95* : 249-260. Doi : 10.1080/00223891.2012.717150.

Correspondance
Jean Descôteaux, Ph.D., psychologue
Faculté des Lettres et Sciences Humaines
Université de Sherbrooke
2500, boulevard de l'Université
Sherbrooke (Qc), Canada
J1K 2R1
Courriel : jean.descoteaux@USherbrooke.ca

View publication stats

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université de Sherbrooke - - 132.210.87.149 - 22/08/2019 19:50 - © Médecine & Hygiène