Document généré le 16 août 2024 04:46

Santé mentale au Québec

Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

Narcissism, its Disorders and the role of TFP

Psicopatologías narcisistas y la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)

Psicopatologias narcísicas e psicoterapia focalizada na transferência (PFT)

Diana Diamond, Ph.D. et Frank Yeomans, M.D., Ph.D.

Volume 33, numéro 1, printemps 2008

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York, 2e partie (1) et Débat : la garde partagée (2)

URI : https://id.erudit.org/iderudit/018475ar
DOI : https://doi.org/10.7202/018475ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Diamond, D. & Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, *33*(1), 115–139. https://doi.org/10.7202/018475ar

Résumé de l'article

Les auteurs présentent un aperçu de l'éventail des interprétations psychanalytiques de la pathologie narcissique, en mettant l'accent sur le modèle et le système de classification décrits par Kernberg (1984). Ils abordent la manière dont le clivage des dyades relationnelles objectales favorise une importante pathologie, tant du développement que du fonctionnement du surmoi et de l'établissement défensif d'un faux soi grandiose. Ces trois points sont au coeur des pathologies du narcissisme. Les auteurs passent en revue les modifications psychothérapiques susceptibles d'aider les cliniciens à soigner efficacement les patients souffrant d'une pathologie du narcissisme. Ils présentent les distinctions entre les divers niveaux de narcissisme qui influencent à la fois l'approche thérapeutique et le pronostic.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2008

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT)

Diana Diamond*
Frank Yeomans**

Les auteurs présentent un aperçu de l'éventail des interprétations psychanalytiques de la pathologie narcissique, en mettant l'accent sur le modèle et le système de classification décrits par Kernberg (1984). Ils abordent la manière dont le clivage des dyades relationnelles objectales favorise une importante pathologie, tant du développement que du fonctionnement du surmoi et de l'établissement défensif d'un faux soi grandiose. Ces trois points sont au cœur des pathologies du narcissisme. Les auteurs passent en revue les modifications psychothérapiques susceptibles d'aider les cliniciens à soigner efficacement les patients souffrant d'une pathologie du narcissisme. Ils présentent les distinctions entre les divers niveaux de narcissisme qui influencent à la fois l'approche thérapeutique et le pronostic.

La théorie psychanalytique focalise de plus en plus sur un groupe de patients caractérisés par un soi grandiose affaibli, dont l'intégration psychologique précaire dépend de l'admiration des autres, ou d'identifications transitoires à des images médiatiques qui impliquent des leaders autoritaires, et aux impératifs des structures bureaucratiques normalisatrices (Kernberg 1975, 1980, 1984 ; Kohut 1971, 1977, 1984). Le narcissisme englobe des aspirations normales de perfection, de maîtrise et de complétude, de même que des distorsions pathologiques de ces aspirations prenant la forme de mégalomanie, d'exploitation impitoyable d'autrui et d'un retrait dans l'omnipotence ou dans le déni de toute dépendance. D'un point de vue psychanalytique, le narcissisme et ses troubles concomitants sont perçus comme des vicissitudes de la formation du soi et de sa relation aux objets. La première partie de cet article présente un aperçu de certaines des théories du narcissisme et de ses pathologies associées à la théorie psychanalytique en s'attardant aux travaux de Freud (1914, 1940), de Klein (1975), de Rosenfeld (1964,

* Ph.D., City University de New York, hôpital Presbyterian de New York, Weill Medical College de l'Université Cornell.

** M.D., Ph.D., Hôpital Presbyterian de New York, Weill Medical College de l'Université Cornell.

1971,1975) et de Kernberg (1975,1980, 1984, 1986). Puis, nous décrivons et formulons plus précisément d'un point de vue clinique les pathologies du narcissisme et la manière dont la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) l'aborde.

Le concept du narcissisme dans la théorie psychanalytique

D'un point de vue psychanalytique classique, le narcissisme traduit la tendance universelle d'investir libidinalement le soi. Deux positions ressortent : (a) le narcissisme primaire s'instaure avant que la frontière entre le soi et l'autre ne soit établie et implique un investissement libidinal d'un soi rudimentaire et indifférencié, (b) le narcissisme secondaire implique une libido revenant vers le soi après la différentiation soi/autrui (Freud, 1940). À l'origine, Freud formulait l'hypothèse que le narcissisme était un stade du développement normal situé entre l'autoérotisme et l'amour objectal. L'autoérotisme correspond à cette période du développement où la libido s'organise au niveau de composantes pulsionnelles et où la gratification n'est pas recherchée dans des objets, mais à partir du corps propre. La transformation de l'autoérotisme en narcissisme requiert, selon Freud, « une nouvelle action psychique » (1914, 77) qui suppose un certain développement du moi et le début d'une représentation rudimentaire du soi. Ainsi, dans les premières formulations de Freud, le narcissisme primaire se développe de pair avec le développement du soi et des représentations d'objet, le corps étant, dans ce cas, pris comme objet d'amour.

Il y a plusieurs éléments à souligner ici. D'abord, l'investissement dans le soi de pulsions ou de dispositions pulsionnelles signifie qu'à la fois la libido et l'agressivité peuvent être inextricablement liées à des représentations rudimentaires du soi. Deuxièmement, la première théorie du narcissisme rejoint les conclusions de recherches récentes portant sur les nourrissons. Ces résultats de recherche soutiennent l'idée que, dès la naissance, le nouveau-né est doté d'un appareil perceptif et cognitif capable d'une certaine différenciation entre le soi et l'objet. Ces conclusions ont mené certains théoriciens à rejeter la notion de stade du narcissisme primaire supposant l'indifférenciation des objets ou le manque de différenciation précoce du soi et de l'autre (Auerbach, 1993 ; Beebe et al., 1998 ; Beebe et Lachmann, 2002 ; Tronick, 1998). Toutefois, la deuxième théorie de Freud sur le narcissisme postule précisément un stade qui précède la relation d'objet au cours duquel le nourrisson, sous l'emprise d'un moi hédonique pur, s'investit de manière libidinale dans son corps propre et où les pulsions, les fantasmes et les anxiétés relatifs à un objet ne sont pas primaires.

Klein (1975) rejette explicitement la notion freudienne de narcissisme primaire et stipule plutôt que « les relations d'objet sont au cœur de la vie émotionnelle. L'amour et la haine, les fantasmes et les anxiétés, ainsi que les défenses agissent aussi dès le début et sont aussi individuellement liés aux relations d'objet » (p. 53). Se basant sur ses recherches psychanalytiques auprès de nourrissons et de jeunes enfants, Klein a observé qu'il n'y a aucune « poussée instinctive, situation d'anxiété ni processus mental qui ne suppose pas d'objets internes et externes » (Klein, 1975, p. 53). Un moi rudimentaire serait présent dès la naissance, mais serait aussi menacé de fragmentation sous la pression des anxiétés persécutrices découlant des pulsions de mort qui doivent être dérivées-projetées vers l'extérieur pour protéger ce moi rudimentaire. En bref, selon Klein, le moi se construit et se fortifie par l'alternance des introjections et des projections, au cours desquels les bons objets introjectés en viennent à former un noyau autour duquel se construit le moi, protégé contre une grande fragmentation par la projection des anxiétés et des mauvais objets persécuteurs vers l'extérieur. Le narcissisme, selon Klein, constitue un développement secondaire impliquant une identification défensive à un objet idéalisé intériorisé et vécu comme entier et intact. Pour Klein (1975), un tel retrait narcissique des relations externes à des relations objectales idéalisées intériorisées est, dès le début, rattaché à l'envie ; une des premières manifestations de la pulsion de mort dans la vie mentale originelle du nourrisson. Le nourrisson envierait inévitablement les qualités de l'objet et pourrait fantasmer le soi comme la source de toutes les qualités et de toutes les valeurs. Ainsi, du point de vue de Klein, le narcissisme fonctionne comme une défense comportant des fantasmes de toute-puissance et de contrôle omnipotent sur les bons objets. En plaçant l'envie au centre de la vie mentale du nourrisson, Klein remet les concepts d'agression et de haine au cœur du dialogue sur le narcissisme encore plus que ne l'avait fait Freud.

Après Klein, Rosenfeld (1971, 1975) stipule que les pulsions à la fois libidinales et destructrices sont, dès l'origine, rattachées au narcissisme et à son développement. Contrairement à Klein qui a surtout développé les aspects libidinaux des troubles narcissiques qui entraînent le retrait dans un bon objet idéalisé, Rosenfeld a mis l'accent sur les manifestations des pulsions destructrices ou agressives dans de graves états pathologiques du narcissisme où la libido et l'agression, c'est-à-dire les pulsions de vie et de mort, sont désintriquées. Rosenfeld a repéré une contradiction dans la théorie freudienne du narcissisme, en ce que, bien qu'elle réfère à un état sans objet, l'expérience première du narcissisme d'aspiration à la fusion avec Dieu ou l'univers comporte

aussi une relation objectale rudimentaire où l'objet n'est pas encore vécu comme étant extérieur au soi. Rosenfeld a donc réintroduit la notion de narcissisme primaire et le relie intimement aux relations objectales primaires.

Selon Rosenfeld, les états narcissiques sont enracinés dans l'identification du soi à l'objet comme résultat inévitable de l'alternance des projections et des introjections constituant le moi rudimentaire. Comme Klein, Rosenfeld croit que les troubles du narcissisme surviennent quand l'individu ne peut pas tolérer la séparation d'avec l'autre et vis-à-vis de ce même autre. L'individu se retire alors dans des identifications omnipotentes à des objets idéalisés ressentis comme faisant partie du soi et étant sous son contrôle. Rosenfeld (1971) stipule que la conscience de la séparation mène à la reconnaissance de la dépendance par rapport à de bons objets et, donc, à d'inévitables frustrations et à des affects destructeurs comme l'envie. Il en découle que les pulsions destructrices ou agressives sont inévitablement incitées à délaisser leur position narcissique. Dans les situations pathologiques, Rosenfeld croit que ces aspects destructeurs omnipotents peuvent être séquestrés à l'intérieur du soi et séparés des relations d'objet externes et internes positives. Dans de tels cas, les objets externes sont dévalorisés et la dépendance est niée. L'individu emmêlé dans des relations objectales destructrices intériorisées peut sembler détaché du monde des relations d'objets externes et se présenter comme une personne superficielle, vide et artificielle. Le soi libidinal a alors été vaincu et subjugué par la partie destructrice du soi liée à des objets destructeurs omnipotents.

Contrairement à Rosenfeld qui a précisé la vision freudienne d'un narcissisme négatif ou empreint de destructivité, Chasseguet-Smirgel (1973, 1985) a plutôt précisé la théorie freudienne de l'idéal du moi. Celui-ci demeure le siège des mécanismes d'idéalisations si manifestes dans les pathologies du narcissisme. Selon Chasseguet-Smirgel, l'idéal du moi renfermerait les premières expériences de perfection chez le jeune enfant, à la fois du soi, des objets chéris et d'union avec les objets d'attachement idéalisés. C'est là un des principaux aboutissements du développement narcissique.

L'élaboration de relations objectales narcissiques décrites par Klein, Rosenfeld et Chasseguet-Smirgel, a fourni une plateforme pour des formulations contemporaines axées sur les relations objectales telles que vécues dans les pathologies du narcissisme, surtout chez les plus importants théoriciens de la question : Kernberg (1975, 1984, 1986) et Kohut (1966, 1971, 1977, 1984). Ces auteurs conviennent que la personnalité narcissique se caractérise par un soi grandiose pathologique — un

soi dont le fonctionnement social serait souple et efficace, avec peu de symptômes manifestes, mais qui, au mieux, camouflerait un sens précaire et atténué de soi et des fluctuations chroniques du regard sur soi et, au pire, favoriserait une grave distanciation entre soi et les autres. Il manque à de tels individus un ensemble bien intégré et cohérent d'images intériorisées du soi et d'objets qui assurent la profondeur et la continuité aux expériences vécues au travail et, en particulier, dans les relations amoureuses. Dans la section qui suit, nous expliquons le point de vue de Kernberg et soulignons les perspectives du narcissisme qui sous-tendent notre approche clinique.

La conceptualisation de Kernberg des troubles de la personnalité narcissique reste dans la tradition psychanalytique dominante fondée sur la théorie des relations objectales. Il intègre ses conceptualisations du narcissisme et des pathologies du narcissisme à la théorie des pulsions, bien que, du point de vue de Kernberg (1993), les pulsions soient rattachées à un réseau complexe d'expériences précoces affectivement chargées en relation avec les objets. Ainsi, Kernberg (1984) écrit : « Le développement du narcissisme normal et pathologique comporte toujours une relation entre la représentation de soi, la représentation de l'objet et des objets externes, de même que des conflits instinctifs impliquant à la fois la libido et l'agressivité » (p. 189). Kernberg perçoit les relations d'objet comme un mélange complexe d'aspirations et d'identifications narcissiques et objectales. Dans les relations intimes, l'objet serait toujours aimé à la fois pour son altérité particulière et sa capacité de rehausser le soi, de telle sorte que « l'investissement des objets et l'investissement du soi dans les relations gratifiantes avec de tels objets vont de pair » (Kernberg 1975, 323).

Kernberg (1984) formule l'hypothèse à l'effet que le narcissisme pathologique se distingue à la fois du narcissisme normal chez l'adulte et de la fixation au stade du narcissisme infantile. Il définit le soi grandiose comme une structure gravement pathologique qui, au cours du développement préœdipien, condense des éléments du véritable soi (les qualités spéciales de l'enfant), du soi idéal (fantasmes de la perfection et de la puissance du soi) et de l'objet idéal (fantasme du parent comme étant complètement généreux et entièrement aimant). Ce qui entraîne des distorsions dans la formation tant du moi que du surmoi (Kernberg, 1975). La structure psychologique qui en résulte peut être envisagée en termes d'organisation des représentations intériorisées du soi et de l'autre (Yeomans et al. 2007). Les perturbations et les confusions inhérentes aux représentations non intégrées du soi sont dissimulées sous un faux soi grandiose narcissique qui assure une cohérence

superficielle à une psyché fondamentalement fragmentée. Le récit conscient du soi grandiose donne à l'individu un sentiment de complétude. Cependant, ce sentiment reste fragile et fissible au point que la personne narcissique ne tolère pas le contact intime avec la réalité extérieure. Les individus dotés d'une telle organisation psychologique semblent parfois en apparence bien fonctionner, mais mènent une vie restreinte qui les aide à maintenir un sentiment faux de soi. La formation d'un soi grandiose narcissique survient dans la période post-rapprochement relationnel d'attachement et avant la consolidation de la constance de l'objet, quand l'enfant commence à remplacer ses fantasmes au sujet de la perfection et de la disponibilité du parent par un véritable contact avec les objets parentaux.

Dans le cas des personnes enclines à développer des troubles narcissiques de la personnalité, le processus est souvent précipité par des attitudes parentales froides, ou impitoyablement exploiteuses de l'enfant, par une non-disponibilité émotionnelle à son endroit, ou par une frustration démesurée des besoins de l'enfant. La dépendance normale de l'enfant à l'égard de ses parents est prématurément rompue et refusée. Il y a plutôt une intériorisation prématurée des fonctions parentales et une fusion des images parentales défensivement idéalisées avec des images idéalisées du soi, alors que les premières images clivées et déformées des parents persistent au niveau inconscient. Ces représentations parentales avilies et effrayantes peuvent être projetées à nouveau vers l'extérieur, ce qui mène à une dévalorisation généralisée des objets externes. La pathologie des relations objectales sous-jacentes aux troubles de la personnalité narcissique influence et trouble le développement du surmoi, menant, dans la plupart des cas, au développement d'une pathologie de légère à grave du surmoi. La condensation du vrai soi, du soi idéalisé et l'autre idéalisé suppose la persistance de représentations idéalisées dans le moi, plutôt que leur intégration au sein du surmoi comme cela se produit dans le développement normal. Il n'y a plus alors de distinction entre l'idéal du moi et le moi. L'idéal du moi n'est plus une norme à laquelle l'individu aspire, mais la norme à maintenir à tout moment pour permettre et conserver l'estime de soi.

Cette fusion de l'idéal du moi et du surmoi provoque un sentiment de supériorité et de perfection en conflits fréquents et répétés avec la réalité, créant de graves blessures narcissiques. Dans cette structure, l'idéal du moi est absorbé par les éléments précurseurs punitifs et agressifs du surmoi, conférant ainsi au surmoi une sévérité intolérable. Ces aspects persécuteurs, sévères et punitifs dominants sont projetés vers l'extérieur. Ils suscitent des angoisses paranoïdes et une diminution

grave, sinon complète, des fonctions surmoïques régularisant le soi par le biais d'un système cohérent de valeurs. Cette projection des éléments surmoïques a pour effet d'affaiblir les fonctions positives et négatives du surmoi et de réduire leur efficacité, contribuant ainsi au développement de traits antisociaux. Cela aboutit en fin de compte à une inflation grandiose du moi, à un manque de modulation des aspects punitifs primitifs du surmoi et au développement concomitant de caractéristiques antisociales.

De plus, la pathologie du moi, du surmoi et des relations objectales, caractérisant les personnalités narcissiques, intervient dans le développement œdipien et sa résolution, bien qu'elle n'empêche pas de vivre d'intenses conflits œdipiens. Kernberg (1975, 1984, 1986) maintient que le complexe d'Œdipe est le drame fondamental du développement de la petite enfance ayant une profonde incidence sur la pathologie préœdipienne narcissique.

Une importante caractéristique distingue la formulation du narcissisme selon Kernberg ; soit le sort réservé à l'agressivité dans les troubles narcissiques. Il a élaboré un profil des gradations des pathologies du narcissisme tenant compte du niveau d'infiltration du soi pathologique grandiose par l'agressivité (voir plus loin). Ce qui approfondit la description que Rosenfeld (1971) a donnée de la dynamique des patients où le soi grandiose ou idéalisé est contaminé par des aspects destructeurs omnipotents du soi. Lorsque l'envie primitive s'intensifie de façon excessive, les barrières répressives ne peuvent plus rien contre elle. L'envie devient compatible avec le moi et l'agression servant à l'éliminer devient aussi compatible avec le moi. L'agression envahit le moi et la faiblesse du surmoi facilite la chose. La personnalité narcissique prend alors des formes plus sévères.

Restant conforme à cette perspective à l'effet que les troubles narcissiques manifesteraient une grave pathologie du soi et des relations objectales, Kernberg souligne la mégalomanie effrénée de ces patients, l'exploitation impitoyable d'autrui, la froideur émotionnelle, le manque de profondeur et le clivage drastique des relations objectales. Pour sa part, Kohut (1984) conçoit les troubles narcissiques comme une interruption du processus de développement normal. Il met l'accent non seulement sur la grandiosité manifeste, mais aussi sur une timidité pénible et des fantasmes secrets de grandiosité, non seulement d'autoglorification, mais aussi de soumission aux autres perçus puissants et omnipotents. Des recherches psychanalytiques subséquentes, tant cliniques qu'empiriques, ont confirmé un tel éventail du narcissisme et de ses pathologies, de l'autoglorification manifeste à celle plus modeste

et discrète (Bateman, 1998 ; Bursten, 1973 ; Cooper, 1998 ; Gabbard, 1986 ; Gersten, 1991 ; Rosenfeld, 1987 ; Wink 1991). Il y a certaines preuves empiriques pour étayer la notion de deux configurations du narcissisme qui ont été décrites théoriquement et observées dans la clinique psychanalytique (Wink, 1991).

Niveaux de narcissisme

Pour aborder les questions d'évaluation clinique et de traitement, voici une gradation des niveaux du narcissisme. Le narcissisme sain se caractérise par un investissement libidinal d'un soi intégré qui reflète une conscience de ses propres forces et faiblesses et leur acceptation. L'estime de soi est régularisée par une structure normale et intégrée du soi liée à des représentations d'objet intériorisées et intégrées à un surmoi lui aussi intégré et individualisé (Kernberg, 1984). Un narcissisme sain permet des relations satisfaisantes avec les autres qui ne sont pas utilisés pour la projection d'aspects idéalisés ou dévalorisés du soi, permet un engagement satisfaisant dans un travail, de poursuivre des ambitions raisonnables et réalistes et favoriser une expression créatrice, parvenir à satisfaire ses propres besoins et désirs sans engendrer trop de conflits ou d'anxiété, de vivre relativement en harmonie avec ses propres principes et valeurs morales.

Le narcissisme de niveau névrotique se caractérise par une organisation psychologique comportant un sens de soi généralement intégré dans lequel les premiers éléments du surmoi n'ont pas été pleinement modulés par des influences plus matures du surmoi, laissant des éléments du narcissisme infantile et une répression excessive des motions pulsionnelles comme composante du prix à payer pour l'obtention de l'amour de la part des figures parentales. Les individus ayant cette pathologie font généralement preuve d'une bonne adaptation superficielle et réussissent en apparence à réaliser leurs ambitions et à exprimer leur créativité. Leur vécu subjectif varie toutefois entre l'ennui et la dépression, parce que ni leurs motions pulsionnelles ni leurs exigeantes normes intériorisées ne sont satisfaites, ce qui a pour conséquence des difficultés à tirer satisfaction de leurs réalisations. Leurs relations interpersonnelles sont marquées par un besoin d'admiration jamais satisfaits, ce qui entraîne une certaine superficialité des investissements émotionnels des autres. La persistance d'éléments narcissiques infantiles manifeste la présence de besoins insatiables et par trop exigeants, mais, contrairement à une personne ayant une structure narcissique foncièrement plus pathologique, la personne de niveau névrotique peut se lier affectivement à l'autre en tant qu'objet distinct et

à part entière dont elle peut avoir besoin et dépendre. Les patients limites sans structure narcissique pathologique manifestent parfois des caractéristiques narcissiques infantiles comme ces besoins insatiables, ces exigences excessives et ces quêtes d'admiration. On doit les distinguer des patients ayant une personnalité infantile.

Le narcissisme pathologique entraîne une tendance au retrait défensif en raison de l'état fragmenté du soi masqué par un faux soi grandiose pathologique déniant toute forme de dépendance, et se réfugiant dans une omnipotence imaginaire. Le maintien de cet état imaginaire favorise une rigidité caractéristique des pathologies caractérielles et incite à une vie de plus en plus limitée et contrainte. Dans la mesure où, dans cette pathologie du narcissisme, les autres existent encore, ceux-ci sont surtout utilisés comme objet de projection des mêmes représentations idéalisées et dévalorisées manifestant ainsi un sentiment confus du soi chez le patient. Dans la mesure où les défenses narcissiques atteignent leurs buts, elles protègent l'individu d'une dévalorisation du soi, mais au prix d'un grave appauvrissement de ses relations objectales. Les autres sont facilement perçus comme des objets idéalisés et inaccessibles, ou comme des objets dévalorisés, méprisables. Les deux positions tentent d'agir en défensive contre l'envie qui empoisonne les relations interpersonnelles. La personne idéalisée devient, à son insu, facilement frustrante. Les restes de figures soignantes intériorisées qui, sans être sadiques, ne retenaient pas moins la générosité de leurs soins et de leur affection, réactivent un sentiment d'agacement et de frustration. La solution préconisée par la personnalité narcissique est de ne plus avoir besoin de l'autre. Elle renonce au besoin d'être aimée par l'autre au profit du besoin d'être admirée. La réaction de remplacement face aux autres se traduit par un complet démantèlement des relations, avec l'attitude : « Je n'ai besoin de personne d'autre. Je suis moi-même tout ce dont j'ai besoin ». Plus la pathologie narcissique est chargée de destructivité, plus les interrelations deviennent des occasions d'exploitation.

Le narcissisme malin est une pathologie plus sévère du narcissisme marquée par une agressivité syntone au moi, par une paranoïa intense et des traits antisociaux. Contrairement aux pathologies névrotiques du narcissisme permettant à l'individu d'entretenir le soi par le biais d'une certaine grandiosité ou par la quête obsessive d'admiration, la personne souffrant du syndrome du narcissisme malin soutient l'estime d'elle-même et son image grandiose par une présentation agressive envers elle-même et les autres (Kernberg, 1984). Chez de tels individus, non seulement le soi grandiose est infiltré par l'agressivité, il

est aussi soutenu par une identification à un introject punitif, primitif et puissant qui donne l'illusion de pouvoir triompher de la douleur, de la mort et des contraintes par des attaques acharnées contre soi. Cette pathologie du narcissisme manifeste un niveau particulièrement intense d'envie pouvant mener au besoin de triompher des autres comme principale source de gratification, un besoin qui peut être plus ou moins sadique. Le besoin de triompher de l'autre motive des réactions thérapeutiques intenses et dangereuses, le patient s'engage parfois dans des actions autodestructrices, pouvant aller jusqu'au suicide pour triompher du thérapeute.

Dans la classification de Kernberg, la personnalité antisociale constitue la forme la plus grave des pathologies du narcissisme. Les signes qui distinguent la personnalité antisociale de celle souffrant du syndrome du narcissisme malin ou de la personnalité narcissique proprement dite manifestant certains traits antisociaux sont : 1) Une incapacité d'être en relation sans exploiter l'autre d'une manière ou d'une autre, une incapacité d'aimer et de manifester quelque tendresse, même dans les relations sexuelles. 2) Une absence de toute valeur morale ou de loyauté intériorisées, une incapacité de manifester tout sentiment de culpabilité, de sollicitude ou de remord — manifestations d'une pathologie grave du surmoi. La personnalité antisociale peut être de type agressif, manifestant ouvertement l'agressivité dans des comportements violents ou criminels ou être de type parasitique-passif caractérisé davantage par le mensonge, la malhonnêteté, la manipulation et la dépendance parasitaire face aux autres ou au système d'assistance sociale de toutes sortes (Henderson, 1939 ; Henderson et Gillespie, 1969).

Certaines particularités narcissiques

En plus des divers niveaux structurels du narcissisme présentés ci-dessus, les patients peuvent afficher certains syndromes pathologiques narcissiques particuliers :

Le narcissisme masochiste

Décrits par Cooper (1978), certains patients arrivent en traitement en se présentant d'une manière diamétralement opposée à la grandiosité hautaine typiquement associée au narcissisme. Ils se présentent déprimés, comme des victimes persécutées. Ils décrivent une vie misérable dans laquelle ils n'ont aucun plaisir. Ils se perçoivent inférieurs et sans valeur. Cette présentation dissimule parfois une mégalomanie basée sur des éléments virulents du surmoi. Ils ne se plaignent pas seulement de

leurs souffrances, mais affirment être les plus souffrant au monde. Ils entretiennent un secret mépris des autres pour ne pas reconnaître à quel point ils sont inférieurs, et parce qu'ils ont la faiblesse morale d'accepter les compromis nécessaires pour rendre la vie tolérable. La personne narcissique masochiste est habituellement habitée par un sentiment de supériorité morale qui constitue le noyau d'un faux soi grandiose.

La dépression narcissique

Il est essentiel de distinguer l'affect dépressif provenant de dynamiques narcissiques d'un état dépressif important. La personne narcissique dépressive souffre d'incessants jugements cruels à son endroit, jugements généralement récalcitrants face à toute rétroaction positive, à l'encouragement ou à la réassurance. Ces gens réussissent bien dans la vie et leur succès peut être en partie attribuable à leurs exigences sévères envers eux-mêmes. Malgré cela, ils peuvent souffrir d'un sentiment chronique d'échec et de carence. Il n'y a qu'eux-mêmes pour comprendre combien ils sont décevants. Comme indiqué plus haut, il n'y a plus d'écarts entre eux-mêmes et leur idéal du moi ; s'ils ne sont pas à tout moment à la hauteur de cet idéal irréaliste, ils sont des ratés. On présentera plus loin un exemple d'une personne souffrant de dépression narcissique.

Éléments de techniques par rapport à la pathologie narcissique

Importance de la justesse du diagnostic et de l'évaluation

La pathologie narcissique pourrait sous-tendre d'autres présentations cliniques, telles que des troubles dépressifs, obsessionnels-compulsifs ou hypochondriaques, comme on le voit dans les deux vignettes cliniques qui suivent. Il est donc essentiel de procéder à une évaluation complète, comprenant l'examen des conflits psychologiques internes et des stratégies défensives qui servent à y faire face. Les réactions contre-transférentielles peuvent aider au processus diagnostique. Les réactions d'ennui plutôt que d'empathie face à la souffrance indiquent peut-être au thérapeute qu'il est en face d'une personne souffrant d'une dépression narcissique plutôt que d'un trouble de dépression important, puisque la dépression narcissique suscite souvent une superficialité des relations objectales, alors que les personnes dépressives proprement dites ne manifestent pas nécessairement cette superficialité relationnelle. Chez les patients plus antisociaux, le thérapeute pourrait observer chez lui un ensemble de réactions allant de la confusion aux pensées paranoïdes en passant par l'impression d'un manque d'authenticité dans ce qui est rapporté.

Le contrat et le cadre psychothérapiques

Le contrat et le cadre psychothérapiques sont particulièrement importants, surtout si le patient retire quelques bénéfices secondaires de son état de maladie reconnue. Les patients ayant une pathologie du narcissisme avec traits antisociaux passifs ont vraisemblablement engagé leur famille ou le réseau des services sociaux dans leur prise en charge. Souvent, ces gens seraient tout à fait en mesure d'assumer un travail, jouer un rôle productif socialement parlant, mais ils rejettent toute occupation les jugeant inférieures à leurs attentes plus élevées, voire grandioses. Dans les séances de négociation du contrat psychothérapique, le patient déclare souvent ne pas pouvoir fonctionner dans un milieu de travail ou dans une tâche précise, alors que le thérapeute conserve plutôt l'impression inverse, mais que le patient refuse, ne veut pas sans pour autant être pleinement conscient de sa résistance ou de son opposition. L'évaluation des habiletés du patient demande une élaboration diagnostique prudente et une attention particulière aux circonstances de vie du patient. Bien que certains praticiens d'approche psychothérapique psychodynamique puissent ne pas se sentir confortable dans cette position, le thérapeute doit être au fait de ce qui se passe dans la vie du patient. Les discussions autour de ces questions lors de la négociation du contrat psychothérapique se fondent sur le principe selon lequel les activités, ou le manque d'activités du patient font partie du processus thérapeutique. Ce n'est pas de nature psychothérapique qu'un patient assiste à deux séances de traitement par semaine sans aucune autre activité productive. Bien qu'il puisse être difficile d'être actif dans sa vie, cela sert le double objectif de souligner certains des conflits que le patient pourrait éviter en s'isolant, et de fournir au patient l'occasion de parler au cours des séances des anxiétés engendrées par l'interaction avec les autres.

Le contrat psychothérapique comporte une discussion détaillée sur le niveau d'activité qui conviendrait au patient à ce moment-là. Ces discussions prennent en considération les intérêts, les objectifs, les capacités et les besoins du patient, de même que les voies réalistes pour éventuellement les satisfaire. Certains patients s'en tiennent rigidement à l'idée qu'ils sont handicapés et ne peuvent pas fonctionner dans un travail. Il n'est pas indiqué de s'engager dans une thérapie exploratoire avec ce type de patients, étant donné que notre approche psychothérapique demande un investissement considérable de temps et d'énergie, à la fois pour le thérapeute et le patient, pour arriver à accroître l'autonomie de la personne. On devrait plutôt renvoyer de tels patients à un traitement de soutien qui leur conviendrait mieux.

Composer avec les résistances narcissiques

Les résistances narcissiques s'appuient à la fois sur le besoin de soutenir le faux soi grandiose et sur l'envie intense connexe que la personne narcissique éprouve dans les relations interpersonnelles. Ces patients arrivent parfois en thérapie avec une attitude dévalorisante et hautaine à l'égard du thérapeute, tout en enviant secrètement son sentiment apparent de plénitude, alors que le patient se sent plutôt vide et sans valeur intérieurement. Ainsi, le patient abhorre l'idée même que le thérapeute puisse l'aider, habileté qui, dans l'esprit du patient, se traduit par un étalage humiliant par le thérapeute de sa supériorité sur le patient. Ceci mène à une situation paradoxale dans laquelle, afin de protéger, à court terme, son estime de soi, le patient dévalorise et rejette précisément l'aide dont il pourrait, à long terme, profiter. Une gratification immédiate l'emporte sur un gain possible à venir. Dans les séances, le patient rejette subtilement ou explicitement, mais systématiquement, tout ce que le thérapeute offre en termes de compréhension (une variante plus positive de ceci est le patient qui rejette tout ce que dit le thérapeute, mais revient à la séance suivante en rendant compte de ces idées reçues comme s'il s'agissait des siennes propres). En pareille situation, l'axe de la thérapie devient l'interaction du patient avec le thérapeute et l'interprétation de la dynamique sous-jacente. On voit cette dynamique dans l'exemple d'un cas de patient narcissique masochiste présenté plus loin.

La dynamique des patients narcissiques diffère dans une certaine mesure selon le niveau de la pathologie du narcissisme. Les personnes narcissiques plus gravement atteintes ont tendance à se défendre contre les humiliations perçues comme nous venons de le décrire. Les personnalités narcissiques de niveau un peu moins sévère, surtout celles souffrant du syndrome du narcissisme malin, peuvent éprouver un sentiment de triomphe sur les autres, y compris contre le thérapeute. Ce sentiment constitue une source de plaisir primaire dans une vie relativement peu gratifiante. Le désir de vaincre l'autre peut être extrême au point que le patient pourrait se suicider pour démontrer qu'il est plus fort que le thérapeute et le vaincre ainsi.

La nature défensive du faux soi grandiose conduit à un risque élevé d'abandon de traitement par les patients souffrant de pathologies du narcissisme. Le mécontentement subjectif mène à consulter et à chercher un traitement. Toutefois, la fragilité de l'estime de soi et le besoin de se défendre contre l'attaque des éléments intransigeants de son propre monde intérieur laissent le patient très sensible à tout ce qui peut ressembler à une critique ou une désapprobation. C'est pourquoi la

clarification et la confrontation (dans le sens d'interroger les patients au sujet des contradictions dans leur communication) intégrées à l'entrevue structurale (Kernberg, 1984) doivent être réalisées en portant une attention particulière à la neutralité thérapeutique (Clarkin et al., 2006) pour réduire la possibilité que le patient réussisse à engager le thérapeute dans une identification projective.

Interpréter les conflits externes comme des manifestations de conflits intrapsychiques

Chez les patients narcissiques, comme chez tous les patients ayant des troubles graves de la personnalité, la technique fondamentale consiste à les aider à comprendre que les difficultés rencontrées dans leur vie sont des manifestations externes de conflits entre des éléments de leur monde interne qui se font la guerre. Par exemple, le patient intelligent congédié d'un emploi après l'autre en raison de sa tendance à vouloir montrer à son patron comment faire fonctionner son entreprise, commence généralement la thérapie en rejetant ce que le thérapeute dit et tente de lui démontrer qu'il lui est supérieur. Le thérapeute, qui n'a pas intérêt à porter de jugement ni à prouver sa supériorité sur le patient, peut l'aider à voir qu'il remet en scène de façon répétitive une bataille qui se passe dans son propre monde interne. Une partie de lui-même critique sans cesse une autre dimension de lui-même. Une conséquence possible est que le patient puisse, à la fois, avoir l'impression que son patron agit de la sorte à son endroit et, sans en être pleinement conscient, lui-même se comporte de cette façon envers son patron. Si le patient peut comprendre que la manière d'être d'une personne disant à une autre qu'elle est stupide et sans valeur est en en réalité un phénomène qui survient dans son propre fonctionnement, le patient pourrait peut-être parvenir à s'occuper du problème dans l'immédiat et cesser de remettre en scène cette relation aux autres.

Indications et contre-indications de traitement

Les patients présentant une personnalité narcissique, conséquence d'une organisation névrotique de leur personnalité, sont généralement mieux soignés dans une cure psychanalytique. Les patients manifestant une personnalité narcissique, découlant d'une organisation limite de leur personnalité, sont le plus souvent mieux soignés avec la psychothérapie focalisée sur le transfert. Bien que l'on puisse modifier les paramètres de la PFT pour traiter des patients ayant une personnalité antisociale, le pronostic, comme c'est le cas d'autres traitements de la personnalité antisociale, reste très sombre. La thérapie de soutien est parfois la mieux indiquée pour les patients qui ne maintiennent pas de relations avec les

autres ou présentent des épisodes transitoires de psychose paranoïde (contrairement aux patients connaissant des épisodes passagers de psychose transférentielle qui peuvent être traités en PFT).

Illustrations de cas

Nous présentons ici deux exemples cliniques de pathologie du narcissisme fréquemment rencontrés ; l'espace ne permet cependant pas de présenter des exemples de chacun des types de narcissisme présentés ci-dessus.

Patient narcissique masochiste à fonctionnement élevé

M. J. a 48 ans, est marié et père de trois enfants. Il travaille dans le domaine de la haute technologie. Ses parents l'avaient toujours poussé à être le meilleur et considéraient que toute note inférieure à 100 % constituait un échec. Son père était un homme d'affaires qui n'avait pas très bien réussi. Sa mère était surtout intéressée aux possessions matérielles et le statut social. M. J. a terminé ses études collégiales, malgré un problème de consommation abusive d'alcool. Les dix années suivantes ont été marquées par une aggravation de son alcoolisme. Il se retrouva sans travail. Avec le support de sa fiancée, il cessa de consommer vers la mi-trentaine, s'engagea au sein du mouvement AA et s'installa dans une carrière et une vie de couple. Toutefois, un affect dépressif chronique s'installa. À 40 ans, avec l'aide d'un psychothérapeute et d'un psychiatre, il tenta de traiter sa dépression. Le psychothérapeute essaya de travailler ses difficultés à faire confiance aux autres, alors que le psychiatre élabora en vain plusieurs combinaisons médicamenteuses à base d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères. Au moment de sa référence en PFT, la médication du patient comprenait 100 mg de chlorpromazine, 4 mg de lorazépam, 10 mg de zolpidem, 150 mg de buproprion deux fois par jour, et 20 mg d'escitalopram. La dépression chronique du patient se maintenait quand même et était ponctuée de périodes d'idéations suicidaires, de difficultés à dormir et de frénésies alimentaires se produisant la nuit.

Au cours de l'évaluation, le nouveau thérapeute, D^r^ K., fut impressionné par les attaques virulentes du patient envers lui-même. M. J. insistait sur le fait qu'il n'avait pas les habiletés pour réussir son travail et était convaincu que ses employeurs s'en apercevraient très bientôt et le congédieraient, ce qui l'obligerait à vendre la grande maison que sa femme l'avait incité à acheter. D^r^ K. apprit des cliniciens précédents que la même thématique était sans cesse soulevée à presque toutes les séances de psychothérapie au cours des huit dernières années et que,

malgré toutes ses inquiétudes et tous ses tourments sur ce sujet, M. J. avait conservé son emploi au sein de la même entreprise, dans un domaine fort concurrentiel, malgré ses auto-proclamations d'incompétence. Il était toujours bien mis, parlait bien et était organisé dans sa vie, mais ne s'accordait jamais une minute de temps libre, tout son temps était consacré à remplir un devoir ou une responsabilité. Après avoir complété l'évaluation, le Dr K. révisa le premier diagnostic de dépression chronique en un trouble de la personnalité narcissique de type masochiste et proposa la PFT.

À mesure que le traitement avançait, M. J. semblait s'intéresser au projet de comprendre sa dépression en termes de conflits intérieurs. Il se présenta aux séances promptement et semblait très attentif à tout ce que disait le thérapeute. Toutefois, le même modèle décelé auparavant se poursuivit. Après avoir semblé intéressé par les commentaires du thérapeute au cours de la séance précédente (par exemple admettre que, bien qu'il perçût son patron comme étant critique et rejetant à son égard, il semblait être lui-même à l'origine des attaques sévères contre lui-même), il commençait la séance suivante en déclarant : « Je me sens en pire état. Je ne réussis pas à mon travail et je crois qu'on va me congédier ». Dr K. pris note du rejet systématique par le patient de tout ce qu'il disait, ainsi que d'un contre-transfert marqué par une colère croissante de se sentir éconduit et négligé. Il remarqua aussi une certaine façon de faire au cours des séances : à mesure que sa colère contre-transférentielle augmentait pendant la séance, le patient semblait plus détendu et moins déprimé. Il eut l'impression que la thérapie ne menait pas à des changements structurels à l'intérieur du patient, mais que le patient semblait se sentir temporairement mieux après les séances, probablement à cause d'une identification projective se rapportant à sa colère. Ceci orienta le thérapeute à porter son attention sur l'interaction de ces aspects.

Dr K. attira l'attention du patient au fait qu'il ne tenait pas compte de ses commentaires. M. J. protesta, affirmant qu'il écoutait attentivement. Dr K. acquiesça, mais ajouta qu'à chacune des nouvelles séances, le patient semblait avoir détruit intérieurement tout ce le thérapeute avait déjà proposé. M. J. ne nia pas, mais argua que son « incapacité d'utiliser la thérapie » était une autre preuve de son incompétence généralisée et renforçait l'idée qu'il n'avait rien de mieux à faire que de se tuer. Dr K. y vit une certaine provocation préconsciente, que l'on pourrait paraphraser comme suit : « Si vous commencez à semer la pagaille dans ma façon de fonctionner, sachez que vous le faites à vos risques et périls ». Cette attitude est typique des patients quand leur système de

défense est remis en question. Quoique dysfonctionnel, ce système défensif, le seul dont le patient dispose à ce moment, s'efforce de lier l'angoisse soulevée par ses conflits intérieurs.

Dr K. affirma qu'il n'était pas convaincu qu'il s'agissait d'une question d'incompétence, mais qu'il pourrait s'agir plutôt d'une question liée au sens et à l'intention de l'action. Puis, il définit les rôles qui avaient émergé. À première vue, M. J. se présentait comme respectueux et inférieur à l'égard de l'« expert » thérapeute. Dans son rejet constant et sa destruction assidue des commentaires du Dr K., il semblait cependant communiquer une force enfouie qui pourrait se traduire comme suit : « Je suis peut-être inférieur et nul, mais je suis quand même assez fort pour défaire tous tes efforts ». Cette attitude était conforme à une certaine complaisance et satisfaction discrètes que M. J. manifestait parfois au cours des séances quand Dr K. se sentait complètement déjoué.

Une autre partie du portrait émergea à mesure que Dr K. continuait à clarifier la réalité de la situation de travail de M. J. Essayant de démêler quelle partie de la perception de M. J. appartenait à la réalité extérieure et quelle partie relevait de son monde interne, le thérapeute posa des questions plus précises au sujet de la nature de son travail, de ses superviseurs et de ses collègues. Il en ressortit un mépris évident de la part de M. J. envers ses collègues et supérieurs. Selon lui tous ces gens « ne savent pas comment faire fonctionner une entreprise. » À son avis, une part de cette difficulté venait de ce qu'ils ne lui accordaient pas assez de temps pour accomplir un travail méticuleux. Ils s'attendaient à ce qu'il effectue certaine analyses en l'espace de quelques jours, alors que ces analyses exigeaient, selon son estimation, des semaines de travail pour être effectuées selon de « bons standards ». La discussion révéla les normes sévères, exigeantes et supérieures qui orientaient les sentiments du patient à son propre sujet et au sujet de quoi qu'il fasse. Il en ressortit que, sous les représentations de soi comme un perdant, un incompétent, se cachait la représentation de soi comme étant la seule personne engagée envers des standards convenables. Il en souffrait peut-être, mais au moins il souffrait avec l'assurance qu'il n'était pas comme ces êtres inférieurs autour de lui qui acceptaient des compromis réducteurs. Pourtant, bien que la dynamique narcissique devenait plus claire, il restait à lui démontrer qu'il pouvait les dépasser et cesser de se torturer lui-même et les autres dans sa vie.

En PFT, l'analyse des dyades relationnelles objectales englobe la considération des relations en dehors du transfert. La relation de M. J. avec sa conjointe apporta une métaphore importante pour

comprendre ses conflits intérieurs. Il percevait son épouse comme une personne tyrannique qui l'opprimait et l'avait convaincu d'acheter une maison très au-delà de leurs moyens. Il rapportait presque à chaque séance lui avoir dit qu'il craignait de perdre son emploi et qu'il voulait vendre la maison, une action qui, tout comme ses commentaires de rejet et défaitistes à l'égard de son thérapeute, semblait comporter un élément de provocation, voire de triomphe. Dr K. lui suggéra l'idée qu'il mettait sans cesse en scène dans chacun des domaines de sa vie un drame qui se déroulait en lui-même. Il semblait lutter contre une partie de lui-même, une partie exigeante, tyrannique et sans compromis, qui ne lui permettait jamais de se sentir adéquat, méritant plaisir et temps libre. Il y avait simultanément une partie de lui-même qui se rebellait contre cette dictature en faisant « la grève », en déclarant qu'il était incompétent et incapable d'effectuer le travail. Dans ce système, son moi avait suffisamment de force pour continuer à fonctionner dans un travail exigeant, mais sans apporter la satisfaction que l'on peut espérer tirer d'un travail bien fait. Sa seule satisfaction cachée semblait être la capacité de torturer les autres temporairement de la même manière qu'il se torturait lui-même sans arrêt. Cette stratégie le soulageait momentanément d'une partie de la pression imposée par son tyran intérieur, qu'il percevait consciemment comme venant le plus souvent de l'extérieur, soit de ses patrons, de ses collègues, de son épouse, etc. À mesure que cette discussion sur la dynamique « tyran-esclave » progressait, M. J. admis que le problème n'avait probablement rien à voir avec la réalité de sa vie (par exemple un travail au-dessus de ses capacités) comme il le prétendait au départ. Il admit que, même s'il passait à l'acte pour ce qui est de ses fantasmes de fuite — quitter son emploi et devenir chauffeur de taxi — il serait encore probablement torturé à l'idée qu'il ne serait pas à la hauteur de cette fonction.

M. J. prit conscience que ce à quoi il répondait — le sentiment d'une tyrannie impossible qui ne peut jamais être satisfait — était davantage une réalité interne qu'une réalité objective extérieure (bien qu'à l'instar de la plupart des patients ayant des troubles de la personnalité, il avait organisé certains éléments de sa réalité externe pour qu'elle corresponde à sa réalité interne). Alors, « faire la grève » contre cette autorité tyrannique était se saboter lui-même. Il réalisa progressivement qu'il était à la fois le tyran et la victime qui protestait contre le tyran. Puisqu'il lui semblait ne pas avoir de porte de sortie à ce système, le suicide lui semblait à certains moments la seule solution à ce dilemme. La conscience accrue de M. J. ne résolut évidemment pas le problème immédiatement. Ses standards rigides et perfectionnistes ne sont pas disparus à cette seule prise de conscience. Toutefois, il pouvait

maintenant percevoir ses exigences comme faisant partie de lui-même et, donc, comme quelque chose qu'il pouvait changer. Il réalisait que ces « nobles standards » comportaient une charge agressive, tout comme son opposition entêtée vis-à-vis d'eux. Cet affect agressif n'était pas présent dans les sentiments conscients du patient ; de tels sentiments étaient incompatibles avec ses normes, ses valeurs. Il parlait toujours doucement et posément. L'affect agressif s'est d'abord présenté en thérapie sous la forme d'une réaction contre-transférentielle. Le rejet répété et calme du patient de chacun des efforts du thérapeute, combiné à des déclarations presque triomphatrices qu'il était en train d'échouer, suscitaient des sentiments de colère chez le thérapeute. Ce dernier s'en servit pour manifester de l'empathie envers le patient : « Ça doit être enrageant d'être constamment assujetti à des demandes déraisonnables et de sentir qu'il n'y a aucune porte de sortie ». Le patient commença éventuellement à ressentir de la colère et il a pu commencer à l'élaborer. L'espace manque pour rapporter davantage cette vignette clinique, mais ce qui en est dit suffit peut-être à donner une idée suffisante du fonctionnement psychique de la personnalité narcissique masochiste.

Un cas de narcissisme avec traits antisociaux passifs

La mégalomanie narcissique peut être vécue à un niveau fantasmatique, alors que la vie concrète de l'individu devient de plus en plus dysfonctionnelle. Ce comportement dysfonctionnel peut mener à une impression superficielle suggérant d'autres diagnostics primaires, par exemple, une dépression importante ou un trouble obsessionnel-compulsif. Voilà une raison pourquoi une évaluation complète initiale doit prendre en considération les conflits psychologiques intérieurs et les stratégies de défense de la personne pour y faire face (McWilliams, 1994).

M^me^ M. est une femme intelligente de 34 ans avec un diagnostic de dépression rebelle. Elle fut référée en PFT après dix ans de traitements non fructueux (psychothérapies, médications, électrochocs) centrés sur la dépression. Dans l'évaluation, la patiente décrit sa dépression comme débilitante. Elle racontait pouvoir à peine se lever du lit pour s'alimenter. Quand le thérapeute lui demanda à quoi elle pensait dans ces moments, elle rêvait de devenir une musicienne célèbre et immensément riche, ce qui ne correspondait pas à une fantasmatique dépressive. Son diagnostic était plutôt celui d'un trouble de la personnalité narcissique avec des traits antisociaux passifs. La patiente éprouvait un affect dépressif relié au fait que la réalité de sa vie était fort différente de son idéal grandiose. Ainsi, par exemple, elle avait incité son père à payer ses études collégiales pendant un an, alors qu'elle n'était pas inscrite aux

études et vivait de façon oisive. Une telle attitude demande que l'on porte une attention particulière dans les discussions sur le contrat et le cadre psychothérapiques, afin d'aborder la personnalité pathologique sous-jacente plutôt que l'image symptomatique superficielle et réduire au maximum les bénéfices secondaires retirés des symptômes. Dans ce cas-ci, le thérapeute, M. Q., engagea une discussion au sujet du contrat psychothérapique en suggérant que l'affect dépressif relevait davantage de questions narcissiques que d'une pathologie affective dépressive. Avec un certain scepticisme, la patiente accepta de considérer pareille perspective. Une partie importante du cadre psychothérapique consistait ensuite à discuter dans quelle activité régulière M^me^ M. pouvait s'engager dans le cadre de l'effort psychothérapique. Ses premières idées reflétaient bien son narcissisme. Elle pensait rédiger des histoires ou composer de la musique. Le psychothérapeute expliqua que la thérapie exigeait une action plus concrète afin de lui permettre de sortir de sa passivité chronique et de la mettre en contact avec d'autres personnes, afin qu'elle puisse discuter en thérapie des difficultés rencontrées dans ses interactions. Cette discussion au sujet d'une activité appropriée s'étala sur quelques séances. La patiente proposa éventuellement une formation comme phlébotomiste. En tant que patiente à l'hôpital, elle avait observé ces spécialistes des prélèvements sanguins. Elle croyait pouvoir trouver ce travail gratifiant, d'autant qu'il n'exigeait que trois mois de formation. Le thérapeute, M. Q. s'interrogea sur les significations inconscientes de ce choix, mais n'en fit aucune mention étant donné que lui et la patiente étaient en train d'établir le cadre psychothérapique. Il accepta que cette activité puisse correspondre à son éducation, à son niveau actuel de fonctionnement et au besoin de gagner sa vie assez prochainement.

Dans les séances de psychothérapie, beaucoup d'attention a été accordée aux conflits de Mme M. avec ses enseignants, puisqu'elle estimait en connaître davantage que ses professeurs, tout en étant très sensible à toute apparence de critique. Le thérapeute tentait de soulever ces questions dans les séances, de les considérer dans le cadre de la relation thérapeutique et de les travailler de manière à favoriser une prise de conscience du fait que le drame qu'elle vivait sans cesse dans le monde extérieur se passait dans son monde intérieur. Ce drame interne se résumait ainsi : une voix supérieure affirmait qu'elle n'avait aucune valeur, cette partie jugée « sans valeur » attaquait en retour la voix supérieure par une arrogance passive. L'action thérapeutique était rendue difficile par les bénéfices secondaires que retirait la patiente du fait qu'elle recevait des prestations d'aide sociale. Une fois sa formation complétée et qu'elle eut commencé à travailler comme phlébotomiste, elle estimait que ce poste ne lui procurait pas la supériorité souhaitée

dans le fait d'être du « côté du soignant » dans la relation entre médecins et patients. Le besoin de focaliser sur son monde intérieur devint à ce moment, plus pressant. Cette psychothérapie se poursuivit avec une emphase sur la clarification plus consciente d'une identification à une image idéalisée afin de se protéger des attaques méprisantes, sévères des précurseurs primitifs du surmoi.

Conclusion

Dans ce texte, les auteurs ont tenté d'expliquer d'un point de vue psychanalytique le concept de narcissisme. Ils ont rapporté les propos des principaux auteurs psychanalytiques pour expliquer plus explicitement le point de vue de Kernberg fondé sur la théorie des relations d'objet. Celui-ci définit le soi grandiose comme une structure gravement pathologique qui condense au cours du développement préœdipien, des éléments du véritable soi, du soi idéal et de l'objet idéal, ce qui mène à des distorsions dans la formation tant du moi que du surmoi. Puis les auteurs ont expliqué l'impact des traumatismes précoces, liés aux relations d'attachement primaires, sur les déviations apportées au développement du narcissisme et du surmoi qui se fusionnent à l'idéal du moi. Puis, nous avons décrit les niveaux de perturbations atteignant la structuration du moi à l'égard du développement d'un narcissisme pathologique. Cinq niveaux repères ont été identifiés ; le narcissisme normal, le narcissisme névrotique, le narcissisme pathologique, le narcissisme malin et le narcissisme antisocial. Une brève description du fonctionnement caractéristique de chacun de ces niveaux a été apportée. D'autres types de narcissisme, comme le narcissisme masochiste ou le narcissisme antisocial s'ajoutent aux niveaux définis. Enfin, deux illustrations cliniques sont venues étayer le fonctionnement de la psychothérapie focalisée sur le transfert dans le traitement des pathologies du narcissisme.

Références

AUERBACH, J. S., 1993, The origins of narcissism and narcissistic personality disorder : a theoretical and empirical reformulation, in Masling, J. M., Bornstein, R.F. eds., *Psychoanalytic Perspectives on Psychopathology*, American Psychological Association, Washington.

BATEMAN, A., 1998, Thick and Thin skinned organizations and enactment in borderline and narcissistic disorders, *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 13-25.

BEEBE, B., LACHMANN, F., 2002, *Infant Research and Adult Treatment : Co-constructing Interactions*, Analytic Press, New York.

BEEBE, B., LACHMANN, F., JAFFE, J., 1997, Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations, *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 113-182.

BURSTEN, B., 1973, Some narcissistic personality types, *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 287-300.

CALIGOR, E., KERNBERG, O., CLARKIN, J. F., sous presse, *Handbook of Dynamic Psychotherapy Treating Higher Level Personality Pathology*.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J., 1975, *L'idéal du moi*, Claude Tchou, Paris.

CHASSEGUET-SMIRGEL, J., 1985, *Creativity and Perversion*, New York Free Association Books.

COOPER, A. M., 1978, The Masochistic-Narcissistic Character, abstracted in *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, 17: 13-17.

COOPER, A. M., 1998, Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality Disorder, Ronningstam, E. F., ed., *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington.

FREUD, S., 1914, On narcissism : an introduction, in Strachey, J., ed., *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 14, Hogarth Press, London, 69-102.

FREUD, S., 1940, An outline of psychoanalysis in J. Strachey (ed. and trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 23, Hogarth Press, London, 144-207.

GABBARD, G. O., 1986, Two subtypes of narcissistic personality disorder, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527-37.

GERSTEN, S. P., 1991, Narcissistic personality disorder consists of two distinct subtypes, *Psychiatric Times*, 8, 25-26.

HENDERSON, D. K., 1939, *Psychopathic States*, Chapman and Hall, London.

HENDERSON, D. K., GILLESPIE, R. D., 1969, *Textbook of Psychiatry : For Students and Practioners*, rev. I.R.C. Batchelor, Oxford University Press.

KERNBERG, O. F., 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York.

KERNBERG, O. F., 1980, *Internal World and External Reality : Object Relations Theory Applied*, Aronson, New York.

KERNBERG, O. F., 1984, *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.

KERNBERG, O. F., 1986, Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities, in Andrew, P., Morrison, M.D., eds., *Essential Papers on Narcissism*, New York University Press.

KERNBERG, O. F., 1986, Further contributions to the treatment of narcissistic personalities, in Andrew, P., Morrison, M.D., eds., *Essential Papers on Narcissism*, New York University Press.

KERNBERG, O. F., manuscrit non publié, *The Destruction of Time in Pathological Narcissism*.

KLEIN, M., 1975, *Envy and Gratitude and Other Works 1946-1963*, Delta, New York.

KLEIN, M., 1975, Love, *Guilt and Reparation and other works, 1921-1945*, Delta, New York.

KOHUT, H., 1966, Forms and transformations of narcissism, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 243-272.

KOHUT, H., 1971, *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York.

KOHUT, H., 1977, *The Restoration of the Self*, International Universities Press.

KOHUT, H., 1984, *How Does Analysis Cure ?*, University of Chicago Press.

MCWILLIAMS, N., 1994, *Psychoanalytic Diagnosis*, Guilford Press, New York.

ROSENFELD, H., 1964, On the psychopathology of narcissism : A clinical approach, *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 332-337.

ROSENFELD, H., 1971, A clinical approach to the psychoanalytic theory of life and death instincts : An investigation into the aggressive aspects of narcissism, *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169-178.

TRONICK, E., 1998, Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change, *Infant Mental Health Journal*, 19, 290-299.

WINK, P., 1991, Two faces of narcissism, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-7.

YEOMANS, F. E., CLARKIN, J. F., KERNBERG, O. F., 2002, *A Primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey.

YEOMANS, F. E., DELANEY, J. C., RENAUD, A., 2007, La psychothérapie focalisée sur le transfert, *Santé mentale au Québec*, 32, 1, 17-35.

ABSTRACT

Narcissism, its Disorders and the role of TFP

In this paper, the authors present an overview of a range of psychoanalytic understandings of narcissistic pathology with an emphasis on the model and system of classification described by Kernberg. They discuss how the concept of a fundamental split between object relations dyads can contribute to major pathology of superego development and functioning and to the defensive establishment of the false grandiose self that are central to pathological narcissism. The authors also review therapeutic modifications that can help clinicians effectively treat patients with narcissistic pathology and describe distinctions in levels of narcissism that influence both how to approach treatment and prognosis.

RESUMEN

Psicopatologías narcisistas y la psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT)

Los autores presentan un resumen de la gama de interpretaciones psicoanalíticas de la patología narcisista, enfatizando el modelo y el sistema de clasificación descritos por Kernberg (1984). Abordan la manera en que la división de las díadas objetales relacionales favorece a una importante patología, tanto del desarrollo como del funcionamiento del superego y del establecimiento defensivo de un falso ello grandioso. Estos tres puntos se encuentran en el centro de las patologías del narcisismo. Los autores revisan las modificaciones psicoterapéuticas capaces de ayudar a los clínicos a sanar eficazmente a los pacientes que sufren de una patología del narcisismo. Presentan las distinciones entre los diversos niveles de narcisismo que influyen a la vez en el enfoque terapéutico y el pronóstico.

RESUMO

Psicopatologias narcísicas e psicoterapia focalizada na transferência (PFT)

Os autores apresentam um resumo das várias interpretações psicanalíticas da patologia narcísica, ressaltando o modelo e o sistema de classificação descritos por Kernberg (1984). Eles abordam a maneira pela qual a clivagem das bivalentes relações objetais favorece uma patologia importante, tanto do desenvolvimento quanto do funcionamento do superego e do estabelecimento defensivo de um falso eu

grandioso. Estes três pontos estão no centro das patologias do narcisismo. Os autores passam em revista as mudanças psicoterápicas suscetíveis de ajudar os profissionais clínicos a tratar eficazmente os pacientes que sofrem de uma patologia do narcisismo. Eles apresentam as distinções entre os diversos níveis de narcisismo que influenciam, ao mesmo tempo, a abordagem terapêutica e o prognóstico.