UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
VERONIQUE DROUIN

LES DIFFÉRENCES DE CONTRE-TRANSFERT CHEZ DES PSYCHOTHÉRAPEUTES EN FORMATION SELON LES DIMENSIONS DE NARCISSISME RENCONTRÉES EN PSYCHOTHÉRAPIE

5 septembre 2021

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Ce mémoire doctoral a été dirigé par :

[Prénom et nom, Grade, directeur/directrice de recherche]	Université de Sherbrooke

Jury d'évaluation du mémoire doctoral :

[Prénom et nom, Grade, évaluateur/évaluatrice]	Université de Sherbrooke
[Prénom et nom, Grade, évaluateur/évaluatrice]	Université de Sherbrooke
[Prénom et nom, Grade, évaluateur/évaluatrice]	Université de Sherbrooke

Sommaire

Les personnes souffrant d'un narcissisme pathologique sont reconnues pour être difficiles à traiter en psychothérapie. La difficulté pour les psychothérapeutes à gérer l'intensité de leur contre-transfert est un des facteurs complexifiant le processus psychothérapeutique avec ces clients. Depuis quelques années, la documentation scientifique mentionne l'existence de plusieurs dimensions de narcissisme pathologique. Parmi celles-ci, les dimensions de narcissisme grandiose, fragile et fonctionnel exhibitionniste sont fréquemment citées. Bien que ces dimensions aient fait l'objet de plusieurs études, très peu ont porté sur les différences de contre-transfert qu'elles peuvent induire en psychothérapie. Malgré leurs caractéristiques communes, il est possible que ces différentes expressions du narcissisme pathologique entrainent des réactions contre-transférentielles différentes chez les psychothérapeutes au fil des séances. Le contre-transfert étant un outil psychothérapeutique important, l'objectif général de cette étude est de mettre en lumière certains prototypes de contre-transfert selon différentes dimensions du narcissisme, dans le but de mieux cerner et diagnostiquer cette problématique et de mieux orienter les interventions en psychothérapie. De manière plus précise, cette étude vise dans un premier temps à dresser un portrait des différentes réactions contre-transférentielles chez des psychothérapeutes en formation selon les trois dimensions du narcissisme pathologique susmentionnées. Deuxièmement, elle a comme objectif d'observer l'évolution du contre-transfert au fil des séances, et si possible, de le mettre en relation avec les différentes dimensions du narcissisme. L'échantillon est constitué de 42 clients effectuant un suivi psychothérapeutique au Centre d'intervention psychologique

de l'Université de Sherbrooke (CIPUS) et de 14 étudiants au doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke. Les dimensions du narcissisme sont évaluées à l'aide de trois instruments. Le contre-transfert des psychothérapeutes en formation est évalué à deux reprises lors du suivi psychothérapeutique. Des corrélations bivariées sont effectuées afin de dresser un portrait des associations entre le narcissisme grandiose, fragile et fonctionnel exhibitionniste et le contre-transfert des psychothérapeutes en formation ainsi que pour vérifier si la fréquence et la force des associations tendent à augmenter au fil des séances. Les résultats démontrent que les psychothérapeutes en formation ayant un client présentant un narcissisme grandiose ont tendance à ressentir un contre-transfert généralement moins positif. Ceux ayant un client présentant un narcissisme fragile ont tendance à se sentir désengagés. Les résultats démontrent de plus que la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste à tendance à induire un contre-transfert plus positif chez les psychothérapeutes en formation. La fréquence des associations entre le narcissisme et le contre-transfert a légèrement augmenté suite à la deuxième prise de mesure pour seulement un instrument. Outre l'apport aux connaissances sur le narcissisme pathologique, cette étude est une des premières qui s'intéresse empiriquement à l'aspect évolutionnel du contre-transfert en lien avec le narcissisme pathologique.

Mots-clés : Trouble de personnalité narcissique, narcissisme pathologique, narcissique fragile, narcissique grandiose, narcissique fonctionnel exhibitionniste, contre-transfert, narcissisme normal.

Table des matières

Sommaire iii
Table des matières v
Liste des tableaux viii
Remerciements ix
Introduction 1
Contexte théorique 6
Modèles théoriques 8
  Présentation du narcissisme selon Kohut 8
    Le narcissisme sain 8
    Narcissisme pathologique 9
  Présentation du narcissisme selon Kernberg 10
    Narcissisme sain 10
    Narcissisme pathologique 11
Conception contemporaine du narcissisme pathologique 12
  L'approche des traits en psychologie sociale 12
  Pathologie du narcissisme au sein du DSM-5 14
Dimensions du narcissisme 15
  Description du narcissisme grandiose 16
  Description du narcissisme fragile 17
  Description du narcissisme fonctionnel exhibitionniste 18
Contre-transfert 19
Études empiriques 22
Objectifs de recherche 26
Méthode 29
Échantillon 30
    Psychothérapeutes et évaluateurs 30
    Clients 31
Instruments de mesure 31
    Caractéristiques sociodémographiques 31
    Pathologie de la personnalité 31

Jugement clinique 32
Auto-évaluation 32
Narcissisme pathologique 33
Contre-transfert 34
Évaluateurs en formation et clients 35
Psychothérapeutes en formation 38
Résultats 39
Analyses préliminaires 40
Associations entre l'évaluation clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs. ... 41
Associations entre les trois mesures du narcissisme 42
Associations entre le SWAP-200 et le PNI 42
Associations entre le SWAP-200 et le PDQ-4 43
Associations entre le PDQ-4 et le PNI 44
Analyses principales 44
Associations entre le narcissisme et le contre-transfert 45
Prise de mesure initiale 45
Seconde prise de mesure 46
Discussion 50
Récapitulatif des résultats obtenus 52
Analyses préliminaires 53
Analyses principales 61
Narcissisme grandiose malin et contre-transfert 61
Narcissisme fragile et contre-transfert 62
Narcissisme fonctionnel exhibitionniste et contre-transfert 65
Évolution du contre-transfert 66
Forces, limites et pistes de recherches futures 67
Retombées scientifiques et cliniques 71
Conclusion 73
Références 76
Appendice A. Données démographiques des clients participants 88
Appendice B. Questionnaire sociodémographique 90
Appendice C. Procédure d'évaluation Shedler-Westen (SWAP-200) 93

Appendice D. Questionnaire diagnostic de la personnalité (PDQ-4) 107
Appendice E. Inventaire du narcissisme pathologique (PNI) 114
Appendice F. Questionnaire sur le Contre-transfert (CTQ) 119
Appendice G. Formulaire de consentement client 124
Appendice H. Formulaire de consentement psychothérapeute 130
Appendice I. Associations entre le PNI, le SWAP-200 et le PDQ-4 136
Appendice J. Associations entre les mesures du narcissisme et le CTQ des psychothérapeutes en formation au temps 1 et au temps 2 138

Liste des tableaux

Tableau

1 Associations entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation.....43

Remerciements

La remise de ce mémoire représente le point final de plusieurs années de formation en psychologie. Cet accomplissement n'aurait pu être possible sans la présence et le soutien des nombreuses personnes qui m'ont accompagnée ces dernières années.

D'abord, j'aimerais remercier chaleureusement mon directeur de recherche, Olivier Laverdière, qui fut pour moi un mentor autant pour ce mémoire que pour ma formation clinique. Olivier, merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenu dans les moments plus difficiles et de m'avoir aidé à sortir de ma zone de confort. Grâce à tes conseils et à ta présence, j'ai pu me développer davantage autant au niveau professionnel que personnel. Merci également à Jean Descôteaux et à Anne Lafontaine qui ont été également pour moi des modèles cliniques. Votre savoir, votre sensibilité clinique et votre sagesse ont été pour moi une source d'inspiration durant ma formation.

Je veux offrir un merci spécial à mes précieux amis, Vanessa et Pascal, qui ont su m'accueillir et m'encourager tout au long de ces dernières années. Le fait de partager cette expérience toute particulière avec vous m'a fait sentir moins seule et m'a permis de persévérer lors des moments de doute. Merci pour votre aide, votre écoute et surtout, pour les fous rires partagés.

Je souhaite également remercier ma seconde famille du doctorat. Mes études n'auraient pas été les mêmes sans vous. Vous m'avez fait vivre des expériences touchantes et enrichissantes, qui m'ont permis de mieux me connaitre et de m'accepter davantage. Des amitiés solides et profondes sont nées et je n'ai aucun doute que celles-ci perdureront bien longtemps après la fin de ces études.

Je veux remercier divers membres de ma famille et amis. D'abord, ma mère pour son soutien et son amour inconditionnel. Elle m'a permis de réaliser ce rêve d'entamer de longues études universitaires. Merci à mon amoureux Jean-François pour ta patience et pour m'avoir poussé à enfin terminer ce projet doctoral. Nous pourrons désormais entamer une nouvelle étape de notre vie et mettre nos énergies à l'accomplissement de nos projets futurs. Merci également à mon frère Alex, à Mathieu, à mes sœurs cosmiques Claudia et Stéphanie et à mes amies Alicia et Jeanne pour leur support. Vous avez tous contribué de près ou de loin à mon cheminement. Je ne serais pas la personne que je suis devenu sans vous. Merci aussi à Linda, Mario et Sabrina de m'avoir accepté au sein de votre famille et pour m'avoir encouragé ces dernières années à terminer ce projet.

Enfin, un merci particulier à mon fils Étienne, ma petite surprise. L'annonce de ta venue m'a motivée à mettre les bouchées doubles pour terminer la rédaction de ce projet. Je me sens choyée d'être ta maman et de pouvoir participer au développement du merveilleux être humain que tu deviendras.

Introduction

Le contexte socioculturel occidental a beaucoup changé depuis les 30 dernières années. Les biens matériels, l'apparence, la réussite personnelle et sociale prennent de plus en plus d'importance dans la vie de l'individu dès son jeune âge. Certains auteurs affirment que les méthodes d'éducation préconisées actuellement, soit la survalorisation de l'estime personnelle de l'enfant et l'absence de conséquences, ont un lien avec ces changements culturels (Twenge, Konrath, Foster, Campbell, & Bushman, 2008), ceux-ci ayant à leur tour un impact sur la personnalité (Cooper, 2000).

Une étude populationnelle menée par Stinson et al. (2008) estime à 6,2 % la prévalence du trouble de personnalité narcissique dans la population générale. Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ième édition (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) offre une estimation similaire qui se situe entre 0 et 6,2 %. Dans un article visant à offrir un portrait récapitulatif de la prévalence des troubles de personnalité au sein de différentes études épidémiologiques, Zimmerman, Rothschild et Chelminski (2005) mentionnent que la majorité des études estiment cette prévalence entre 0 et 5,7 %. En ce qui concerne sa prévalence dans la population clinique, très peu d'études récentes sont disponibles. Selon Dhawan, Kunik, Oldham et Coverdale (2010), celle-ci varierait entre 2,3 % et 35,7 %. Plusieurs facteurs semblent expliquer cette variation, entres autres, les différences de conceptualisation, les différents outils d'évaluation utilisés et les nombreux troubles associés (Cain, Pincus, & Ansell, 2008). Un autre de ces facteurs est lié à l'hétérogénéité des manifestations phénotypiques de ce trouble. Bien que leurs nombres et leurs appellations varient selon les auteurs, la documentation scientifique propose depuis quelques années l'existence de plusieurs dimensions de narcissisme

pathologique, qui diffèrent de la définition proposée par le DSM-5. Ainsi, puisque les différentes expressions de ce trouble peuvent complexifier l'établissement du diagnostic, il est possible que sa prévalence au sein de la population clinique soit plus élevée que celle estimée par les études. Plusieurs auteurs (Shedler & Westen, 2007; Zimmerman et al., 2005) vont d'ailleurs dans le même sens. Dans une étude visant à éclaircir la conceptualisation du trouble de personnalité narcissique, Russ, Shedler, Bradley et Westen (2008) ont identifié trois dimensions de narcissisme pathologique : le narcissisme grandiose malin, le narcissisme fragile et le narcissisme fonctionnel exhibitionniste. Ils soulignent que bien que certaines caractéristiques du trouble de personnalité narcissique soient incluses dans la description du DSM-5, d'autres caractéristiques n'y figurent pas.

Outre la complexité entourant la conceptualisation du trouble et l'établissement du diagnostic, les personnes qui présentent un narcissisme pathologique sont généralement reconnues pour être difficiles à traiter en psychothérapie (Tanzilli, Colli, Muzi, & Lingiardi, 2015; Waska, 2011), le processus se terminant fréquemment de manière abrupte et précoce. Plusieurs facteurs semblent influencer la qualité du processus psychothérapeutique. Parmi ceux-ci, il y a le contre-transfert. Effectivement, il semble que le processus psychothérapeutique avec les clients présentant un narcissisme pathologique entraine souvent un contre-transfert intense chez le psychothérapeute (Betan, Heim, Conklin, & Westen 2005; McWilliams, 2011; Shultz & Glickauf- Hughes, 1995). Plusieurs psychocliniciens, toutes approches théoriques confondues, reconnaissent aujourd'hui le contre-transfert comme un outil diagnostic important (Gabbard, 2020). La prise de conscience du contre-transfert permet de plus d'orienter adéquatement les

interventions à effectuer, selon le type de problématique rencontrée. Il est donc important que le psychothérapeute prenne conscience de son contre-transfert (Ronningstam, 2011) afin de poser le diagnostic approprié et de repérer les différentes ruptures qui peuvent survenir au sein de la relation thérapeutique (Dimaggio et al., 2006). Même si les articles portant sur les différentes dimensions du narcissisme se sont multipliés durant la dernière décennie, très peu d'études empiriques ont porté sur les différences de contre-transfert qu'elles peuvent susciter en psychothérapie (Tanzilli, Muzi, Ronningstam, & Lingiardi, 2017). Leurs différentes caractéristiques pouvant affecter leur présentation clinique, il est possible que les clients présentant un narcissisme grandiose malin, fragile ou fonctionnel exhibitionniste induisent des réactions contre-transférentielles différentes chez les psychothérapeutes (Britton, 2004). Ce mémoire doctoral a comme objectif général d'observer les différentes associations entre ces trois dimensions de narcissisme pathologique et le contre-transfert chez des psychothérapeutes en formation. Le contre-transfert étant un outil diagnostic important, le but était de dresser un portrait type de la nature de ce contre-transfert et de son évolution pour éventuellement faciliter l'établissement du diagnostic et orienter l'intervention. L'étude avait donc aussi comme objectifs de vérifier si la fréquence et la force des liens d'associations observées entre ces deux variables augmentaient au fil des séances de psychothérapie, suggérant possiblement une augmentation de l'intensité du contre-transfert dans le temps. Ce mémoire doctoral se divise en cinq sections. La première présente le contexte théorique qui expose les principales théories du narcissisme et du contre-transfert ainsi que les études empiriques pertinentes ayant investigué les relations entre ces variables. La deuxième section décrit

la méthode utilisée et le déroulement de l'étude. La troisième rapporte les résultats obtenus. La quatrième section présente la discussion entourant les résultats obtenus et aborde les forces, les limites ainsi que les pistes pour les recherches futures. Enfin, ce mémoire doctoral se termine par une conclusion, qui offre un récapitulatif des résultats obtenus lors de cette recherche.

Contexte théorique

Le terme « narcissisme » a fait son apparition dans la littérature psychiatrique au tournant du 20e siècle. D'abord considéré comme une perversion sexuelle (Pulver,1969), ce terme fut réutilisé par de nombreux auteurs avant d'être repris et défini par Freud dans son ouvrage « Pour introduire le narcissisme » (1914/2013). Dans cette œuvre, Freud présente le narcissisme comme une étape normale du développement humain, se situant entre l'auto-érotisme (c.-à-d., la libido investie dans des parties du corps isolées) et l'amour objectal (la libido investie dans l'objet). Il distingue deux stades du narcissisme; le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire. Selon Freud, le narcissisme primaire s'instaure dès les premiers mois de vie, lorsque le moi du nourrisson est libidinalement investi et que la frontière entre le moi et l'objet est indifférenciée. Au fil du développement, l'investissement libidinal se détournerait du moi pour se tourner progressivement vers les objets extérieurs. L'estime normale découlerait de la capacité de l'individu à puiser simultanément dans l'amour de soi (vestige du narcissisme primaire) et dans l'amour des objets externes. Le narcissisme secondaire apparaît lorsque la libido, alors tournée vers les objets extérieurs, revient vers le moi une fois que la différenciation entre le moi et l'objet a été effectuée (Diamond & Yeomans, 2008). Ce retournement libidinal s'effectuerait en réaction aux objets extérieurs vécus comme intensément décevants. Selon Freud (1914/2013), cela donnerait lieu au narcissisme pathologique qui se manifesterait entre autres, par de l'égocentrisme et une grandiosité marquée chez l'individu. Récemment, plusieurs écrits scientifiques ont mis en lumière la présence d'un appareil cognitif et perceptif dès la naissance du bébé, ce qui suggère que ce dernier possède une idée rudimentaire de l'existence des autres et l'existence d'un noyau d'un moi

naissant. Ces découvertes ont d'ailleurs amené la plupart des psychanalystes actuels à rejeter l'idée du narcissisme primaire anobjectal de la théorie psychanalytique classique (Beebe, Lachman, & Jaffe, 1997).

Modèles théoriques

Il est difficile d'aborder la pathologie du narcissisme sans souligner la contribution des modèles théoriques de Kohut (1971/2009) et Kernberg (1975). Bien que ces théoriciens s'entendent pour affirmer que le narcissisme pathologique découle d'une difficulté à s'autoréguler, ils diffèrent quant à l'étiologie, à la trajectoire (Russ & Shedler, 2013) et au traitement de ce trouble.

Présentation du narcissisme selon Kohut

Le narcissisme sain. Kohut (1971/2009, 1977/2009) souligne l'importance de la reconnaissance de l'autre pour favoriser l'établissement d'un sentiment de bien-être dès les étapes précoces du développement de l'enfant, alors que le soi est immature et incohérent. En ce sens, Kohut décrit les différents besoins nécessaires à la maturation du soi qu'il présente comme le système organisateur de l'expérience subjective de l'individu. Ces besoins sont satisfaits par les figures d'attachement de l'enfant et se déploient au travers de trois étapes majeures : i) celle où le soi du nourrisson est grandiose et omnipotent, ii) celle où les imagos parentaux sont idéalisés et que l'autre est ressenti comme étant omnipotent et iii) celle où l'enfant se sent connecté avec les autres (Banai, Mikulciner, & Shaver, 2005). Dans le développement normal, l'individu est inévitablement confronté à une multitude de déceptions inhérentes à la vie quotidienne.

Le premier besoin implique l'intégration graduelle de la nature irréaliste du soi grandiose archaïque initiale de l'enfant grâce au reflet empathique du parent (fonction miroir). Cela permet de neutraliser la perception irréaliste que le nourrisson a de lui-même. Il peut alors développer un sens de soi et des autres plus stable, mature, cohérent et adapté à la réalité. Le deuxième besoin implique les imagos parentaux idéalisés. Parallèlement au processus de la fonction miroir précédemment cité, l'existence d'imagos parentaux idéalisés donne l'opportunité à l'enfant de se connecter à un autre Tout-Puissant qui a pour fonction de le protéger des menaces extérieures et de le soutenir émotionnellement. Alors qu'il se vivait initialement lui-même comme Tout-Puissant, l'enfant ressent maintenant les figures d'attachement comme des sources parfaites et intarissables de calme et de réconfort (Kohut & Wolf, 1978). L'inévitable imperfection de ces figures d'attachement et la déception qui en découle amènent ensuite l'enfant à intégrer qu'elles sont aussi sources de frustration. Ces sources de frustration qualifiées « d'optimales » par Kohut, ne doivent être ni trop faibles ni trop fortes afin que l'enfant puisse les tolérer sans être envahi par elles. Enfin, le troisième et dernier besoin implique que l'enfant a besoin de se sentir similaire aux autres. Cette expérience permet à l'enfant de développer son empathie, un sentiment d'appartenance au groupe ainsi qu'une capacité à se connecter à l'autre (Banai et al., 2005).

Narcissisme pathologique. Selon Kohut, le narcissisme pathologique découle d'une rupture ou d'une lacune à l'une ou l'autre des étapes du processus susmentionné. Il ajoute que ce n'est pas les traumatismes qui sont à la source de cette défectuosité du soi, mais plutôt leurs intensités. L'échec de la fonction miroir empêcherait la neutralisation de

l'omnipotence initiale et maintiendrait le soi grandiose pathologique. Cela rendrait ensuite plus difficile l'internalisation des aspects idéalisés des parents (imagos parentaux). Afin de maintenir ce soi grandiose pathologique, l'individu aurait tendance à se référer continuellement au regard d'autrui. Il aurait ainsi tendance à suridéaliser l'autre et à se ressentir comme inadéquat et fragile. Ces lacunes contribueraient à un sens de soi fragmenté, caractérisé par une hypersensibilité de l'estime, un sentiment de vide intérieur, un manque de cohérence interne ainsi qu'une incapacité à se relier réellement aux autres (Kohut & Wolf, 1978). Descôteaux et Laverdière (2019) rappellent que la pathologie du narcissisme telle que décrite par Kohut s'exprime au travers de deux manifestations phénotypiques. La première forme est plus affirmée sur le plan de la grandiosité et elle se caractérise par l'enfouissement des besoins et du sentiment de vulnérabilité sous le coup de la honte. La deuxième forme, plus inhibée, se manifeste par une attitude timide où la grandiosité s'exprime sous la forme de fantaisies.

Présentation du narcissisme selon Kernberg

Kernberg (2004) conceptualise la pathologie du narcissisme différemment en proposant, dans son modèle théorique, une place centrale à l'agressivité et à l'envie dans le trouble de personnalité narcissique dont la gravité varierait sous différentes formes. Contrairement à Kohut, ces formes ne s'inscriraient pas sur un même continuum (Descôteaux & Laverdière, 2019).

Narcissisme sain. Selon Kernberg (1975), le narcissisme sain adulte se définit comme l'investissement libidinal du soi. Le soi normal est intégré, c'est-à-dire que les différentes représentations de soi et des objets externes, bonnes comme mauvaises, sont organisées

pour former un tout cohérent. Le narcissisme sain découlerait d'un équilibre entre les pulsions agressives et la libido, avec une légère prédominance de la libido. Le narcissisme sain se caractérise également par un surmoi individualisé grâce auquel un système de valeurs peut être établi et d'une capacité de satisfaction des besoins instinctuels au sein de relations stables.

Narcissisme pathologique. Kernberg (2000; 2009) divise le narcissisme pathologique en trois catégories, dont la gravité dépend du niveau d'agressivité de l'individu. La première catégorie, le narcissisme infantile, est décrite comme une régression ou une fixation aux mécanismes infantiles d'autorégulation de l'estime de soi. Les stratégies d'autorégulation de l'estime de l'individu ne seraient ainsi pas adaptées à son âge. La deuxième catégorie réfère à une identification du soi de l'individu à un objet externe, alors que la représentation du soi infantile de l'individu est projetée sur ce même objet. La fonction du soi et de l'objet a ainsi été interchangée. À titre d'exemple, Kernberg (2000) note que cela se produit chez l'individu qui aime une autre personne de la même manière avec laquelle il aimerait être aimé. Enfin, la troisième catégorie fait référence à la forme la plus sévère des pathologies du narcissisme, c'est-à-dire au trouble de personnalité à proprement dit. Les traits pathologiques sont : i) l'amour de soi pathologique, ii) l'amour de l'objet pathologique et, enfin, iii) la présence d'un surmoi pathologique. L'amour de soi pathologique s'exprime à travers une tendance extrême à se centrer sur soi-même, par une grandiosité et par un sentiment de supériorité. Il arrive toutefois que les sentiments de grandiosité alternent avec des sentiments de médiocrité et d'infériorité. L'amour de l'objet pathologique s'exprime via une extrême envie dirigée vers l'autre. En réaction à cette

envie, l'individu tend ainsi à dévaluer autrui et à nier tout besoin de dépendance à l'autre. Concrètement, cela peut s'observer par un manque d'intérêt envers les autres ou par la pauvreté de la qualité de l'investissement sur le plan des activités ou du travail (p. ex., instabilité professionnelle). Finalement, la présence du surmoi pathologique est, selon Kernberg (2009), un indicateur pronostic important. La présence du surmoi pathologique se traduit par une incapacité à ressentir l'éventail des émotions associées à la déprime (culpabilité, remords, tristesse) ou par des changements d'humeur abrupts qui découlent souvent d'une atteinte à l'estime. L'estime personnelle est régulée par la honte plutôt que par la culpabilité. Un degré sévère de pathologie à ce niveau fait référence au narcissisme de type malin et à de la psychopathie.

Bien que différents, les modèles théoriques de Kohut et de Kernberg peuvent être mis en relations. En ce sens, dans ce mémoire doctoral, le modèle de Kernberg sert à la description du narcissisme de type grandiose alors que le modèle de Kohut sert à la description du narcissisme de type fragile (Gabbard,1999).

Conception contemporaine du narcissisme pathologique

L'approche des traits en psychologie sociale

Comme précédemment mentionnée, la pathologie du narcissisme n'a pas été clairement définie dans la littérature scientifique et dans les ouvrages diagnostiques. Les différences de conceptualisation entre les approches psychodynamiques (Miller & Campbell, 2008) et l'approche des traits en psychologie sociale expliquent en partie la confusion existante. Bien que ces deux approches partagent certaines caractéristiques

(Cain et al, 2008), l'approche psychodynamique réfère habituellement au narcissisme en tant que pathologie de la personnalité. L'approche des traits quant à elle, tend à comprendre le narcissisme en termes de traits dimensionnels (Foster & Campbell, 2007; Miller & Campbell, 2008; Miller, Lynam, Widiger, & Leukefeld, 2001; Millers & Maples, 2011) qui s'inscrivent sur un continuum (c.-à. d, normal à pathologique). Les individus peuvent donc posséder certains traits narcissiques sans que ceux-ci soient significatifs sur le plan clinique. Ces traits n'entravent habituellement pas le fonctionnement de l'individu ou ne sont pas assez nombreux pour atteindre le nombre minimal requis par le DSM-5 pour poser un diagnostic de trouble de personnalité. Au contraire, ces individus sont souvent décrits comme possédant un narcissisme sain (Rosenthal & Hooney, 2010; Sedikides, Cregg, Rudich, Kumashiro, & Rusbult, 2004). Généralement, ils ont une estime plus élevée, sont plus heureux et ont un niveau d'anxiété et de dépression plus bas. Ils possèdent de bonnes ressources adaptatives.

L'approche des traits en psychologie sociale et l'approche psychodynamique diffèrent également quant aux instruments de mesure généralement utilisés pour mesurer le narcissisme (Miller & Campbell, 2008). L'approche des traits utilise souvent des questionnaires autorapportés auprès d'une population générale non clinique, considérée à priori comme étant « normale ». De manière plus précise, plusieurs recherches conduites en psychologie sociale utilisent le Narcissism Personnality Inventory (NPI, Raskin & Hall, 1979) pour mesurer le narcissisme. Or, outre les traits plus problématiques associés au narcissisme, cet instrument est reconnu pour la place qu'il accorde aux traits narcissiques adaptés, associés au narcissisme sain et présents chez l'individu fonctionnel de la

population générale. Dans une étude visant à comparer le NPI avec le Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4, Hyler, 1994), Miller et Campbell (2008) ont souligné que le NPI reflétait davantage une forme de narcissisme orienté vers la résilience et l'extraversion alors que le PDQ-4 capturait une forme de narcissisme marquée par l'introversion et une instabilité de la régulation émotionnelle. Bien que cela ne semble pas faire consensus, certaines critiques (Miller & Mapple, 2011; Pincus & Lukowitsky, 2009) avancent que le NPI ne permet pas de dresser un portrait juste de la pathologie du narcissisme et qu'il ne tient pas compte de l'hétérogénéité phénotypique du narcissisme.

Pathologie du narcissisme au sein du DSM-5

Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) décrit le trouble de personnalité narcissique comme étant un mode général comprenant des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie. Il est à noter que bien que la section des troubles de la personnalité est toujours présentée sous forme catégorielle, cette 5^{e} version du DSM permet également l'utilisation d'une approche dimensionnelle proposée en annexe. Pour différentes raisons, l'inclusion du trouble de personnalité narcissique dans le DSM-5 a été remise en question (Blais & Little, 2010; Ronningstam, 2011). Entre autres, il a été soulevé que la prévalence exposée dans le DSM ne représentait pas la réalité clinique (Cain et al., 2008). De plus, plusieurs auteurs (Pincus & Lukowitsky, 2009; Tanzilli et al., 2017) soulignent que les critères proposés ne reflètent pas adéquatement la variabilité des manifestations du trouble. Cooper (2000) dénonce d'ailleurs le manque de considération du DSM-5 pour les aspects plus timides et inhibés

du narcissisme, qui seraient d'ailleurs davantage rencontrés en psychothérapie (Kealy & Rasmussen, 2012; Tanzilli et al., 2017). Plusieurs auteurs (Gabbard, 2000; Luchner, Moser, Mirsalimi, & Jones, 2008; Tanzilli & Gualco, 2020) ajoutent que la définition proposée par le DSM-5 capturerait davantage le narcissisme pathologique de type grandiose tel que décrit par Kernberg (1975).

Dimensions du narcissisme

De nombreux chercheurs avancent aujourd'hui l'existence de plusieurs types de narcissisme, variant de par leurs nombres, leurs caractéristiques ainsi que de par leurs appellations (Freeman & Fox, 2013; Gabbard, 2000; Wink, 1991). Par exemple, Cain et al. (2008) ont effectué une recension des écrits distinguant plus de 50 expressions différentes du narcissisme. Parmi ces différentes expressions, ils soulignent que les aspects de grandiosité et de vulnérabilité sont les caractéristiques qui apparaissent le plus fréquemment au sein de la documentation scientifique. Ces observations convergent avec de nombreuses études (Gabbard, 2000; Miller, Hoffman, Gaughan, Gentile, Maples, & Campbell, 2011; Wink, 1991), qui appuient l'existence d'au moins deux grandes dimensions du narcissisme pathologique : la dimension grandiose et la dimension fragile. Russ et al. (2008) ont également identifié une troisième dimension, appelé le narcissisme fonctionnel exhibitionniste. Bien que ces sous-types de narcissisme pathologique sont souvent présentés de manière distincte, plusieurs auteurs affirment que le narcissisme d'un individu présentant cette pathologie oscillerait entre la grandiosité et la vulnérabilité, à différents moments de sa vie (Crisp & Gabbard, 2020; Kernberg, 2009; Pincus & Roche,

2011; Ronningstam, 2009). D'autres chercheurs avancent que ces sous-types s'inscrivent sur un continuum (Russ et al, 2008), selon le style d'interaction sociale et l'évolution de la relation transférentielle avec le thérapeute (Gabbard 2005, Wink, 1991).

Description du narcissisme grandiose

Pincus et Lukowitsky (2010) soulignent que la grandiosité est l'élément central du narcissisme de type grandiose. Au niveau comportemental, cette pathologie se manifeste par une tendance à exploiter ou manipuler autrui, un manque d'empathie, une extrême envie, de l'agressivité et de l'exhibitionnisme. Les individus narcissiques grandioses ont peu conscience de leur impact sur les autres (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 2009), qu'ils tendent à blâmer pour leurs problèmes (Russ et al., 2008). Ils croient mériter des traitements spéciaux et ils deviennent enragés lorsque leurs attentes ne sont pas répondues (Calligor, 2013). Ces derniers ont tendance à dénigrer les autres (Wink, 1991) et à nier leurs propres faiblesses (Dickinson & Pincus, 2003). Miller, Price, Gentile, Lynam et Campbell (2012) soulignent leur tendance à la domination, à l'orgueil et à la vanité. Bien qu'ils présentent parfois un certain charisme, leurs relations tendent à être superficielles. Sur le plan intrapsychique, une répression des aspects négatifs des représentations du soi et des autres est observée. À cela s'ajoute une distorsion de toute réalité extérieure menaçant le sens de soi grandiose, souvent présent malgré l'absence de réels accomplissements. Ces derniers entretiennent également des fantaisies de pouvoir illimité, d'adulation et de perfection (Pincus & Lubowitsky, 2010).

Description du narcissisme fragile

Malgré une présentation sociale et un comportement différent du sous-type grandiose, l'individu dont la pathologie du narcissisme s'exprime davantage dans sa dimension fragile partage avec ce dernier des lacunes importantes aux plans de la représentation de soi, de la régulation de son estime personnelle (Cooper, 2000) ainsi que de son empathie (Baskin-Sommers, Krusemark, & Ronningstam, 2014; Besser & Priel, 2010). L'hypersensibilité des individus ayant un narcissisme fragile rendrait difficile la préservation de leur sens de soi grandiose ainsi que le maintien de leurs défenses. Ces difficultés les amèneraient à ressentir beaucoup de honte, des sentiments d'inadéquation (Pincus & Roche, 2011) et d'infériorité ainsi qu'un niveau de satisfaction de vie généralement bas (Rose, 2002). Ils auraient tendance à se sentir comme défectueux et à voir les autres comme supérieurs. En raison de leur attitude timide et inhibée, ils seraient souvent diagnostiqués à tort comme ayant une personnalité évitante, masochiste, dépressive (Caligor, 2013; Huprich, 2014) ou paranoïaque (Freeman & Fox, 2013). Selon certains auteurs, ces individus présenteraient également un haut risque de développer un trouble associé tels qu'un trouble anxieux, un trouble de l'humeur (Miller, Campbell, & Pilkonis, 2007; Pincus & Lubowitsky, 2010) ou un trouble d'abus de substances. Dickinson et Pincus (2003) mentionnent que l'attention de ces individus est continuellement orientée vers l'extérieur, à l'affût de critiques éventuelles. Ils tendent ainsi à éviter toutes situations sociales risquant de compromettre leur estime fragile. Cette hypersensibilité à la critique (Atlas & Them, 2008; Luchner et al, 2008; Rose, 2002) rend difficile l'établissement de relations interpersonnelles profondes et durables. Malgré une

apparente timidité, le narcissique fragile, dit parfois hypervigilant, présenterait des fantaisies de grandiosité qui n'apparaitraient pas ouvertement contrairement au type grandiose (Besser & Priel, 2010; Caligor, 2013). Ces fantaisies seraient plutôt accessibles lorsqu'une relation de proximité se développerait avec ces individus (Cooper, 2000). Ils auraient également tendance à dénigrer et à envier les autres secrètement. Wink (1991) affirme que ces derniers sont anxieux et socialement inhibés, tout en étant arrogants et vaniteux dans leurs relations plus intimes. Selon Pincus et Lukowitzki (2010), les individus narcissiques auraient recours à la psychothérapie lorsqu'ils sont dans un état où les enjeux d'hypervigilance et de fragilité prédominent.

Description du narcissisme fonctionnel exhibitionniste

En plus des dimensions grandiose et fragile, Russ et al. (2008) identifient le sous-type du narcissisme fonctionnel exhibitionniste. Ces auteurs soulignent d'ailleurs que ce troisième sous-type a reçu très peu d'attention dans la documentation scientifique. À l'instar du sous-type grandiose, le sous-type du narcissisme fonctionnel exhibitionniste se caractérise par de la grandiosité, une recherche d'attention ainsi qu'une attitude de séduction. Ils présentent toutefois des ressources adaptatives et plusieurs forces. Ces individus présentent un haut niveau d'estime et ils sont compétitifs (parfois au détriment d'autrui). En raison de ces caractéristiques et de leurs forces, ces individus rencontrent souvent le succès désiré. Ils sont charismatiques, articulés et ils présentent souvent un haut niveau de leadership. Ils souffrent moins de troubles associés (Russ et al., 2008).

Contre-transfert

Plusieurs définitions du contre-transfert ont été proposées depuis son introduction par Freud en 1910, qui conceptualisait initialement ce phénomène comme étant le transfert du psychothérapeute envers son patient. Le transfert peut brièvement se définir comme la tendance à revivre consciemment ou inconsciemment au sein de relations actuelles, des aspects de relations significatives antérieurs (Levy & Scala, 2012). Le contre-transfert, considéré comme un obstacle psychothérapeutique (Kernberg, 1975), était donc compris comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste en la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 103).

Heimann (1950) a réintroduit le concept de contre-transfert et a souligné l'utilité potentielle de ce phénomène pour les psychanalystes. Cette autrice affirme que le contre-transfert est un « outil de recherche permettant l'exploration de l'inconscient du patient » (Heimann, 1950, p.81). À l'instar de l'attention flottante qui permet d'écouter le contenu manifeste et latent du discours, Heimann propose d'adopter la même attitude envers son propre ressenti lors de la rencontre avec le client. Elle ajoute que la compréhension des différents enjeux du client se fait dans un premier temps inconsciemment et surgirait sous forme d'émotions chez le psychothérapeute. Selon elle, les émotions qui surgissent chez le psychothérapeute pendant l'analyse sont plus proches du cœur de l'enjeu du patient que le raisonnement logique. Elle insiste toutefois sur l'importance pour le psychothérapeute de bien distinguer son monde interne de celui du patient. Plusieurs auteurs (Betan et al., 2005 ; Tanzilli et al, 2018; Tanzilli & Gualco, 2020) affirment que le comportement du client donne des indices importants quant à ses patrons relationnels. Les clients tendent à

répéter au sein de la relation psychothérapeutique les aspects dysfonctionnels de leurs relations de la vie réelle. L'écoute du contre-transfert donne ainsi accès aux émotions, aux pensées et aux motivations du client. Les réponses spontanées du psychothérapeute envers le client donnent des informations sur ce que les personnes significatives de sa vie peuvent ressentir en sa présence, en réponse inconsciente à son monde interne.

À l'instar d'Heimann, Racker (1968/1982) définit le contre-transfert comme l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes du psychothérapeute face au client. Il ajoute que le contre-transfert est un indicateur du monde interne du client dans sa relation avec le psychothérapeute. Comme plusieurs auteurs précédemment cités, Racker soutient que cela fournit des informations sur les modèles relationnels du client ainsi que sur les émotions et pensées associées. Il distingue le contre-transfert concordant du contre-transfert complémentaire. Le contre-transfert concordant apparaît lorsque le psychothérapeute s'identifie aux représentations internalisées qu'a le client de lui-même, le plaçant alors dans une relation d'empathie avec ce dernier. Le contre-transfert complémentaire fait quant à lui référence à l'identification du psychothérapeute aux objets internalisés du client. La vision du contre-transfert proposée par Racker correspond à la perspective totaliste par opposition à la perspective classique décrite ci-haut. Rosenberger et Hayes (2002) mentionnent l'existence de la perspective modérée qui se situe à mi-chemin entre la perspective classique et totaliste. Selon celle-ci, les réactions contre-transférentielles du psychothérapeute sont sous-tendues par ses propres conflits non résolus. Toutefois, à la différence de l'approche classique, le contre-transfert n'apparaitrait pas exclusivement en réponse au transfert du client et ne serait pas considéré

comme négatif. De plus, contrairement à l'approche totaliste, l'approche modérée fait la différence entre les réactions du psychothérapeute inhérentes à la réalité commune au client, d'une part, et les réactions provenant des conflits non résolus, d'autre part. Peu importe la perspective utilisée pour comprendre le contre-transfert, celles-ci impliquent toutes une réaction émotionnelle du psychothérapeute lorsqu'il travaille avec un client (Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007).

Plusieurs auteurs soutiennent aujourd'hui que le contre-transfert est un outil diagnostic important (Berkowitz, 1983; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014; Heimann, 1950; Holmqvist, 1998; Kohut & Wolf, 1978; Rossberg et al., 2007). De plus, la présence de contre-transfert ne dépendrait pas de l'orientation théorique des psychothérapeutes (Betan, Heim, Zittel & Westen, 2005 ; Colli et al, 2013; Tanzilli et al, 2017). Kernberg (1965) postule que le contre-transfert est un indicateur du type et du degré de sévérité de la pathologie de la personnalité. Le contre-transfert permet au psychothérapeute de mieux comprendre les enjeux contre lesquelles le client se bat et il offre une fenêtre sur l'esprit du client (Heimann, 1950). Selon plusieurs auteurs (Dhal et al., 2017; Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002; Rossberg et al., 2007), cela permet d'influencer directement le résultat de la psychothérapie puisque la reconnaissance et la bonne gestion de ce contre-transfert peuvent faire la différence entre une relation empathique et un manque de concordance. Le contre-transfert est de plus en plus considéré comme un facteur de la relation thérapeutique, reconnu comme une base nécessaire au travail psychothérapeutique et à la réussite de ce processus (Colli & Ferri, 2015; Gelso et al., 2002). De plus, la reconnaissance de son contre-transfert peut aider le

psychothérapeute à anticiper ses propres réactions émotionnelles envers un certain type de clientèle (Schwartz & Wendling, 2003). En effet, différentes caractéristiques du patient semblent influencer les réponses émotionnelles du psychothérapeute. Parmi celles-ci, il y a les relations d'objet internalisées (Kernberg, 2014), l'image de soi (Kiesler & Watkins, 1989) et les comportements problématiques des clients, par exemple l'évitement et l'agressivité (Colson et al., 1986).

Études empiriques

Bien que le contre-transfert est aujourd'hui largement reconnu par les tenants de différentes orientations théoriques (Colli & Ferri, 2015) et que les écrits théoriques présentent de nombreux témoignages cliniques de ce phénomène, très peu d'études empiriques ont porté sur la question (Fauth, 2006; Rosenberger & Hayes, 2002; Rossberg et al., 2008). Plus particulièrement, malgré l'intérêt porté au narcissisme, un nombre très limité de recherches empiriques ont porté sur la dynamique relationnelle (incluant le contre-transfert) en psychothérapie avec cette clientèle (Tanzilli & Gualco, 2020). Kächele, Erhardt, Seybert et Bucholz (2015) ont effectué un résumé de l'évolution des études ayant tenté de mesurer le contre-transfert empiriquement. Une recension des écrits scientifiques effectuée en 2003 par Schwartz et Wendling souligne l'existence de seulement 14 études empiriques quantitatives sur le contre-transfert dans différentes populations cliniques et publiées entre 1991 et 2001. De plus, la majorité des études sur le sujet se sont concentrées sur les réactions contre-transférentielles suscitées par les patients ayant un trouble de personnalité limite (Berkowitz, 1983; Colli et al., 2014).

Parmi les études empiriques sur le contre-transfert, Colli et al. (2014) ont tenté de mesurer la relation entre la réponse émotionnelle du psychothérapeute d'une part, et l'organisation de la personnalité du patient d'autre part. Les résultats suggèrent que pour chacun des troubles de la personnalité, un contre-transfert distinct est suscité chez les psychothérapeutes. Cette étude converge avec les écrits cités ci-haut qui proposent que si le psychothérapeute a conscience et reconnait ses réactions contre-transférentielles, il est en mesure de mieux cerner les schèmes relationnels des clients. Ainsi, en se référant aux trois catégories de l'axe II exposées dans le DSM-IV, les patients se retrouvant dans le groupe B (antisocial, limite, narcissique et histrionique) évoquaient davantage de réactions négatives et d'émotions difficiles à auto-réguler chez leurs psychothérapeutes que ceux se retrouvant dans le groupe A (schizoïde, schizotypique, paraoaïque) ou C (évitant, obsessif-compulsif, dépendant).

Dans une autre étude empirique, Betan et al. (2005) ont demandé à 181 psychothérapeutes d'orientations théoriques différentes de mesurer leurs réponses émotionnelles à un de leurs patients. Ces derniers devaient également mesurer la personnalité du patient choisi selon la présence ou l'absence des critères de l'axe II du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). L'analyse factorielle effectuée a permis de dégager 8 grandes dimensions du contre-transfert. Ces dimensions ont de plus été associées aux trois groupes qui caractérisent l'axe II du DSM-IV, soit les groupes A, B et C, qui font respectivement référence aux personnalités excentriques, aux personnalités dramatiques et erratiques ainsi qu'aux personnalités anxieuses. Selon Betan et al. (2005) les psychocliniciens qui ont des clients avec un trouble de personnalité

narcissique rapportaient fréquemment des sentiments de dévalorisation, d'inadéquation et d'ambivalence. Cette étude suggère que les patients des groupes A et B du DSM-IV tendent à susciter davantage de réactions négatives que les individus se situant dans le groupe C. Ainsi selon ces auteurs, il est possible de prédire le contre-transfert selon le type de personnalité rencontrée en psychothérapie. Ces résultats convergent d'ailleurs avec ceux de l'étude de Rossberg et al., 2007 qui soulignent que les psychothérapeutes travaillant avec des individus présentant un trouble de personnalité du groupe A ou B ont davantage de réactions émotionnelles négatives.

Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs se sont penchées sur la question du contre-transfert suscité par les individus présentant un trouble de personnalité narcissique. La littérature disponible sur le sujet demeure toutefois limitée (Tanzilli & Gualco., 2020) et elle est principalement basée sur des histoires de cas (Tanzilli et al., 2015; Tanzilli et al., 2017). Une étude effectuée par Tanzilli et al. (2017) suggèrent que les psychothérapeutes travaillant avec des clients ayant un trouble de la personnalité narcissique rapportent des réactions émotionnelles d'hostilité, de colère, de désengagement et le sentiment d'être critiqué ou dévalué. Le nombre d'années d'expérience des thérapeutes semble toutefois amenuiser l'intensité des réactions émotionnelles négatives suscitées par cette clientèle. De plus, les résultats illustrent que l'intensité du contre-transfert est plus forte lorsque le client présente d'autres troubles de la personnalité associés au trouble de personnalité narcissique (par exemple, limite, histrionique, antisocial). Selon Ronningstam (2016), ces réactions émotionnelles peuvent

amener les psychothérapeutes à effectuer des interprétations prématurées, à faire des commentaires tranchants, à juger ou à critiquer leurs clients.

Récemment, Tanzilli et Gualco (2020) ont accompli une étude qui visait, entre autres, à mesurer à l'aide du Shedler -Westen Assessment Procedure -200 (SWAP-200) le contre-transfert de psychothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle adolescente, selon la dimension de narcissisme prédominant chez leurs clients (c-à-d., narcissisme grandiose malin, fragile et fonctionnel exhibitionniste). Les résultats de cette étude ont permis d'étayer, de manière empirique, certains prototypes de contre-transfert selon la dimension du narcissisme prédominante. Ainsi, les psychothérapeutes ayant comme client des adolescents présentant un narcissisme grandiose malin (qui correspond à la dimension du narcissique grandiose présenté ci-haut) se sentaient davantage critiqués et désengagés. Les psychothérapeutes ayant un client présentant un narcissisme fragile avaient davantage tendance à se sentir surinvestis et inquiets. Enfin, les psychothérapeutes ayant un client présentant un narcissisme fonctionnel exhibitionniste, reconnus pour présenter un certain niveau de fonctionnement, semblaient ressentir moins de colère envers ces clients et à se sentir moins critiqués. Cette dernière observation concorde avec les résultats d'une autre étude, menée par Satir, Thompson-Brenner, Boisseau et Crisafulli (2009), qui soulignait que les clients ayant un haut niveau de fonctionnement tendent à induire des réactions plus positives chez les psychothérapeutes (sentiment d'autoefficacité et de confiance).

Ainsi, malgré l'intérêt de plus en plus prononcé pour le narcissisme pathologique et la reconnaissance du contre-transfert comme un outil important, ces deux concepts semblent avoir été grandement négligés au sein de la littérature empirique. Bien que

l'existence de plusieurs dimensions du narcissisme pathologique soit communément acceptée et reconnue, très peu d'études se sont penchées sur les possibles différences de contre-transfert que ces dimensions de narcissisme peuvent susciter. De plus, très peu d'études ont tenté de mesurer empiriquement ce phénomène auprès d'une population clinique. Enfin, aucune de ces études ne semble s'être penchée sur l'aspect évolutif du contre-transfert. Il serait ainsi intéressant d'observer l'évolution de ce contre-transfert et, si possible, de vérifier si ce dernier tend à augmenter selon le type de narcissisme rencontré en psychothérapie. Le fait de dresser un prototype du type de contre-transfert induit par chacune des dimensions du narcissisme pathologique et de mieux prendre conscience de son évolution au fil des séances pourrait ainsi prévenir les erreurs diagnostics, mieux orienter les interventions et, ainsi, augmenter les chances de dénouement positif à la psychothérapie.

Objectifs de recherche

Avant d'aller plus loin dans la présentation des objectifs principaux de l'étude, il importe de mentionner que des analyses préliminaires seront d'abord effectuées. La présence de caractéristiques narcissiques chez les clients sera en partie évaluée à partir du jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation suite aux trois premières séances de psychothérapie. Le premier objectif préparatoire de l'étude est donc de vérifier la cohérence entre le jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation. L'hypothèse 1 postule qu'une forte convergence sera observée entre le jugement clinique psychothérapeutes en formation et celui des évaluateurs en formation. Puisque deux autres instruments de type autorapporté seront aussi utilisés pour

mesurer le narcissisme pathologique des clients, le degré de convergence entre les trois instruments sera vérifié. L'hypothèse 2 postule qu'une faible convergence sera observée entre les deux instruments de mesure de type autorapporté et celui qui se base sur le jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation. L'hypothèse 3 postule qu'une bonne convergence entre les deux instruments autorapportés sera observée.

Outre les objectifs préparatoires susmentionnés, la présente étude avait deux objectifs principaux. Le premier objectif visait à observer et à dresser un portrait des différentes réactions contre-transférentielles chez des psychothérapeutes en formation selon les trois dimensions du narcissisme pathologique reconnu dans la documentation scientifique; la dimension du narcissisme grandiose malin, la dimension du narcissisme fragile ainsi que la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste. Bien que peu nombreuses, les données extraites des écrits disponibles (Tanzilli & Gualco, 2020) permettent d'émettre certaines hypothèses. Ainsi, l'hypothèse 4 postule que plus il y aura présence de caractéristiques reliées au narcissisme grandiose malin, plus les psychothérapeutes en formation se sentiront critiqués, inadéquats et moins ils auront un contre-transfert positif. L'hypothèse 5 postule que plus il y aura présence de caractéristiques reliées au narcissisme fragile, plus les psychothérapeutes auront tendance à se sentir submergé ou surinvestis. L'hypothèse 6 postule que plus il y aura présence de caractéristiques reliées au narcissisme fonctionnel exhibitionniste, plus les psychothérapeutes en formation auront un contre-transfert positif et se sentiront adéquate.

Le deuxième objectif principal, de nature exploratoire, visait à vérifier si la fréquence et la force des associations entre le contre-transfert des psychothérapeutes en formations et les dimensions du narcissisme augmentaient en cours de suivi, suggérant ainsi une possible intensification du contre-transfert au fil des séances de psychothérapie selon la dimension du narcissisme rencontrée. Puisqu'aucune étude n'a tenté de mesurer, de manière empirique, l'évolution du contre-transfert au fil des séances avec les clients présentant une pathologie du narcissisme, cette étude pourra ainsi amener un éclairage nouveau et des pistes futures à investiguer.

Méthode

Échantillon

L'échantillon initial est composé de deux groupes. Le premier groupe est formé de clients en psychothérapie (*n*=42), le second groupe est composé des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation (*n*=14).

Psychothérapeutes et évaluateurs. En septembre 2015, 14 étudiants en formation au doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke ont été sollicités pour participer à l'étude. Ces derniers faisaient partie de cohortes différentes, allant de la première à la quatrième année du doctorat. Parmi ceux-ci, 13 étudiants effectuaient leurs stages et leurs internats au Centre d'Intervention Psychologique de l'Université de Sherbrooke (CIPUS). Un étudiant effectuait son stage à l'externe. Le CIPUS offre des suivis psychologiques à court et à moyen terme auprès de la population générale âgée de 18 ans et plus. Tous les psychothérapeutes en formation recrutés faisaient partie du groupe de recherche du directeur de la présente étude. Ces psychothérapeutes avaient un nombre variable de clients (entre quatre et douze), selon leur niveau de formation. Tous les psychothérapeutes et les évaluateurs en formations recrutés étaient formés à une approche psychodynamique avec différents superviseurs.

En plus d'assurer leur suivi psychothérapeutique avec leurs clients respectifs, les psychothérapeutes en formation devaient dans le cadre de leurs stages et internats être formés à l'évaluation. Pour minimiser la possibilité de conflits de rôle et d'impacts sur leur suivi, ces derniers assuraient le rôle d'évaluateurs auprès des clients de leurs collègues

participants à l'étude. Le pairage des évaluateurs avec les clients s'effectuait en fonction des disponibilités de chacun.

Clients. Un nombre de 53 clients au total a initialement accepté de participer à l'étude. De ce nombre, 11 participants ont été écartés en raison du nombre important de données manquantes dans les questionnaires. Ainsi, 42 clients effectuant leur psychothérapie au CIPUS ont été retenus pour l'étude. L'échantillon est composé de 56,6 % de femmes et de 28,6% d'hommes. L'âge moyen des clients participants est de 40,45 ans et la majorité d'entre eux est célibataire (34 %). De plus, 50 % de l'échantillon a un revenu annuel se situant entre 0 et 20 000$ (voir Appendice A). La durée des suivis variait selon le niveau de formation des psychothérapeutes. Les clients ayant un psychothérapeute en troisième ou en quatrième année d'internat pouvaient bénéficier d'un suivi à plus long terme (maximum de deux ans). Les clients ayant un thérapeute en première année ou en deuxième année de stage avaient un maximum de 15 rencontres en raison des paramètres différents des stages de ces années respectives.

Instruments de mesure

Caractéristiques sociodémographiques. Un questionnaire sociodémographique (voir appendice B) a été conçu afin de recueillir des informations générales sur les clients.

Pathologie de la personnalité. La pathologie de la personnalité a été mesurée à l'aide de deux instruments. Le premier instrument sollicitait le jugement clinique des

psychothérapeutes et des évaluateurs en formation. Le point de vue des clients a également été considéré en utilisant un instrument de type autorapporté.

Jugement clinique. Le jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation a été mesuré à l'aide du Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) conçu par Westen et Shedler (1999; voir Appendice C). Dans la présente étude, une version française traduite par Laverdière et Descôteaux (2015) a été utilisée. Le SWAP-200 est composé de 200 items évalués sur une échelle Likert de sept points (1= *pas vrai du tout*, 7= *très vrai*). Ce questionnaire présente une validité interjuge élevée avec un score de 0,80 (Westen & Shedler, 2007). Outre ses qualités psychométriques, une étude menée par Russ, Shedler, Bradley et Westen (2008) a démontré que le SWAP-200 permettait d'identifié 3 phénotypes du trouble de personnalité narcissique soit le narcissique grandiose malin, le narcissique fragile et le narcissique fonctionnel exhibitionniste.

Auto-évaluation. Le point de vue des clients a été mesuré à l'aide de la quatrième édition du Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4) conçu par Hyler (1994, cité dans Miller & Campbell, 2008). Pour cette étude, la traduction française (voir Appendice D) a été accomplie à l'aide de la méthode de la double traduction (Tuypa, 2011). Cet instrument évalue les dix troubles de personnalité présentés dans le DSM-IV et les deux troubles présentés en annexe à l'aide de 99 items. Chaque item du questionnaire se doit d'être répondu selon une modalité « vrai ou faux ». Parmi les 99 items, 6 items composent deux échelles de validité ; une a pour but d'identifier la tendance à minimiser et l'autre sert à identifier les questionnaires ayant été bâclés ou remplis aléatoirement par les participants.

Un résultat global indiquant la présence de pathologies au niveau de la personnalité peut être obtenu en additionnant les items correspondants. Les scores des troubles de personnalité spécifiques sont quant à eux obtenus en additionnant les items qui correspondent aux critères du DSM-IV. Les résultats obtenus offrent un portrait des troubles de personnalité basé sur une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle (c.-à-d., dichotomique). Contrairement à la version précédente, encore peu d'études ont été conduites à l'aide du PDQ-4. La validité interne est toutefois contestée par certains auteurs (Chabrol, Rousseau, Callahan, & Hyler, 2007; Hopwood et al, 2013; Yang et al, 2000) avec un coefficient interéchelles se situant entre 0,46 et 0,74. Dans ce mémoire doctoral, seulement l'échelle de personnalité narcissique a été prise en compte.

Narcissisme pathologique. Le Pathological Narcissism Inventory (PNI) conçu par Pincus et al. (2009) est un instrument autorapporté de 52 items mesurant 7 sous-facettes du narcissisme pathologique, dont trois mesurant la dimension de grandiosité et quatre, la dimension de vulnérabilité (fragile). Dans la présente étude, une version traduite en français par l'équipe de Laverdière et Descôteaux (2015) a été utilisée (voir Appendice E). Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert de six points (0 = *pas du tout caractéristique de moi*, 5= *très caractéristique de moi*). Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques (Diguer et al., 2020). Les coefficients alpha pour l'ensemble des échelles sont de 0,85. De plus, certaines échelles du PNI offrent une bonne prédiction de l'utilisation des défenses primitives, de la diffusion de l'identité et des distorsions de la réalité généralement liée au trouble de personnalité narcissique (Pincus et al., 2009). La

dimension de Grandiosité inclut les sous-facettes d'exploitation (c.-à-d., manipulation d'autrui pour obtenir des avantages ou des privilèges), fantaisies grandioses (c.-à-d., investissement dans les fantaisies de succès et de prestige), supériorité de droit (c.-à-d., revendication souvent hargneuse de droits et de privilèges particuliers). La dimension de Vulnérabilité inclut les sous-facettes d'estime de soi contingente (c.-à-d., estime qui dépend de l'admiration et de la reconnaissance des autres), autovalorisation par sacrifice de soi (c.-à-d., comportements et attitudes qui semblent altruistes, mais qui sont en fait motivé par le besoin de nourrir une image de soi surévaluer), dissimulation (c.-à-d., difficultés à laisser les autres percevoir ses faiblesses, besoins et vulnérabilités) et dévalorisation d'autrui (i.e, dévalorisation et absence d'intérêt et d'égard pour les autres).

Contre-transfert. Les réactions contre-transférentielles des psychothérapeutes ont été évaluées à l'aide du Questionnaire sur le Contre-Transfert (voir Appendice F). Ce questionnaire est la version francophone du CounterTransference Questionnaire (CTQ ; Conklin & Westen, 2005), adapté par Laverdière et al. (2013). La traduction française a été effectuée à l'aide des approches par traduction inversée et par comité. Le CTQ est composé de 79 items mesurant les pensées, les sentiments et les comportements des psychothérapeutes envers leurs clients à l'aide d'une échelle de type Likert de cinq points (1=aucunement vrai, 5= tout à fait vrai). Il est divisé en huit facteurs présentant tous une bonne cohérence interne; submergé (α= 0,90), inadéquat (α= 0,88), positif (α= 0,86), surinvesti (α= 0,75), sexualisé (α= 0,77), désengagé (α= 0,83), protecteur (α= 0,80) et critiqué (α = 0,83) (Betan et al, 2005).

Déroulement

Évaluateurs en formation et clients

Lors de la rencontre initiale avec leurs clients, les psychothérapeutes en formation informaient ces derniers de la procédure générale concernant l'évaluation. En plus des 3 à 4 rencontres habituellement consacrées à l'évaluation clinique, une évaluation psychométrique à l'aide d'instruments standardisés était effectuée. L'objectif de l'évaluation psychométrique était de dresser un portrait plus juste de la personnalité des clients et de leurs principaux enjeux relationnels et ainsi, de fournir des informations complémentaires utiles à leurs suivis psychothérapeutiques. Les clients étaient informés que leurs psychothérapeutes allaient être informés des conclusions de ces évaluations et pris en considération dans le suivi psychothérapeutique. Ils étaient également informés que ces conclusions allaient leur être partagées lors d'une rencontre de retour avec l'évaluateur. Bien que se voulant être systématiquement inclus dans le processus psychothérapeutique, les clients avaient tout de même la liberté d'accepter ou non le volet psychométrique de l'évaluation et étaient informés que leur refus n'allait pas influencer la poursuite de leur suivi psychothérapeutique au CIPUS.

L'évaluation psychométrique s'effectuait en deux volets. Le premier impliquait des rencontres conduites à l'aide d'entretiens cliniques semi-structurés et le second, impliquait différents questionnaires autorapportés à remplir à la maison. Les entretiens cliniques semi-structurés nécessitaient en moyenne deux rencontres parallèlement aux trois premières rencontres avec leur psychothérapeute. Une rencontre supplémentaire était

consacrée à la remise des résultats. Il est à noter que les données découlant des entretiens cliniques semi-structurés n'ont pas été retenues pour la présente étude. Le temps estimé pour remplir les questionnaires autorapportés était d'environ 30 à 40 minutes. Le PNI et le PDQ-4 utilisés pour la présente étude étaient inclus dans cette première enveloppe.

Les clients intéressés par le volet psychométrique étaient informés que l'évaluateur désigné pour effectuer cette évaluation allait prendre contact avec eux afin de fixer une première rencontre. Il était mentionné que ce dernier était également en train d'effectuer sa formation au doctorat en psychologie clinique. Afin de minimiser l'implication du psychothérapeute et les conflits de rôle susceptibles de contaminer le suivi psychothérapeutique, l'évaluateur était chargé de répondre à toutes les questions relatives à l'évaluation. En plus de réitérer la pertinence de celle-ci pour le suivi psychothérapeutique comme tel, l'évaluateur informait le client qu'une étude portant sur la personnalité et la psychothérapie (dans lequel s'inscrit la présente étude) était présentement en cours au CIPUS. Il demandait ensuite au client si ce dernier était intéressé à y participer et si oui, expliquait la procédure. Dans un premier temps, cela impliquait que les résultats découlant des entretiens semi-structurés et des questionnaires autorapportés allaient être conservés et incluent dans l'étude. Dans un deuxième temps, en plus de la première enveloppe de questionnaires à remplir à la maison lors de l'évaluation psychométrique (contenant entre autres le PNI et le PDQ-4), deux autres enveloppes de questionnaires autorapportés allaient être remises en cours de suivi soit à la 5^{e} rencontre et à la 10^{e} rencontre. Les questionnaires de ces enveloppes ne sont pas inclus dans la présente étude. Outre l'acceptation de participer à l'étude, deux autres

possibilités étaient offertes au client. La première était le refus de participer à l'étude. Dans ce cas, les conclusions de l'évaluation psychométrique étaient uniquement utilisées dans le cadre du suivi psychothérapeutique et partagé au psychothérapeute en formation. La deuxième possibilité était que le client pouvait accepter que les conclusions des entretiens semi-structurés et des questionnaires initiaux soient gardées pour l'étude, mais refuser de remplir les questionnaires prévus par la suite, à la 5^{e} et à la 10^{e} rencontre.

Un formulaire de consentement était remis aux clients intéressés à participer à l'étude et co-signé par l'évaluateur (voir Appendice G). L'évaluateur se devait d'identifier par écrit sur le formulaire de consentement les clients qui autorisaient à garder les données des entretiens semi-structurées, mais qui ne souhaitaient pas recevoir les autres questionnaires à remplir. Une copie du formulaire co-signé était remise au client et une copie était conservée sous clé dans le laboratoire de recherche. Aucune compensation financière n'a été remise aux participants. Les deux rencontres d'évaluation psychométrique étaient offertes gratuitement au client.

Suite à la première rencontre d'évaluation psychométrique, la première enveloppe de questionnaires incluant le PNI et le PDQ-4 était remise au client. Il était demandé de rapporter l'enveloppe lors de la deuxième rencontre prévue pour la poursuite de l'évaluation psychométrique.

Psychothérapeutes en formation

Les psychothérapeutes en formation dont les clients ont accepté de participer à l'étude ont également été sollicités. Ceux ayant accepté de participer se devaient de signer un formulaire de consentement (voir Appendice H). Dans un premier temps, ces derniers recevaient à l'instar de leur client une première enveloppe de questionnaires à remplir. Ces questionnaires étaient remplis lors des 3 à 4 premières rencontres consacrées à l'évaluation clinique et la précision du motif de consultation du client. Seul le SWAP-200 a été utilisé pour cette étude. Les psychothérapeutes en formation recevaient par la suite deux autres enveloppes de questionnaires à remplir, soit après la 5^{e} rencontre et après la 10^{e} rencontre. Le CTQ faisait partie des questionnaires présents dans ces deux enveloppes.

Résultats

Dans cette section, les résultats des analyses statistiques sont exposés. Les résultats des analyses préliminaires sont présentés dans un premier temps, suivis des analyses principales. Des corrélations bivariées ont ainsi été effectuées entre les différentes variables impliquées dans l'étude afin d'établir l'existence d'associations. Pour l'ensemble des corrélations effectuées, le coefficient de Spearman a été retenu en raison de la taille de l'échantillon.

Afin d'avoir un portrait du niveau de narcissisme général au sein de l'échantillon, une variable de narcissisme totale a été créée en faisant la somme des résultats obtenus aux échelles Likert pour l'ensemble des 52 items du PNI. Deux autres variables ont aussi été créées à partir de cet instrument. La variable vulnérabilité a été créée en calculant la moyenne des échelles de l'estime de soi contingente, de dissimulation, de dévaluation et d'autovalorisation par sacrifice de soi et la variable grandiosité, en calculant la moyenne des échelles exploitation d'autrui, fantaisie de grandeur et supériorité de droit. Puisque le PNI offre une mesure de deux grandes dimensions d'intérêts pour cette étude, le choix de créer les nouvelles variables à partir de ce dernier est apparu pertinent. Les propriétés psychométriques du PNI telles que mentionnées ci-haut ont également motivé ce choix.

Analyses préliminaires

Dans cette étude, une attention a été portée au jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation, qui avaient pour tâche d'évaluer la présence de caractéristiques narcissiques chez les clients participants. Afin de s'assurer

d'une cohérence entre les évaluations effectuées, des corrélations bivariées ont dans un premier temps été effectuées sur leurs questionnaires du SWAP-200 respectifs. Dans un deuxième temps, puisque trois mesures du narcissisme ont été choisies, le degré de convergence entre celles-ci a également été vérifié. En effet, la documentation scientifique actuelle semble souligner la difficulté à évaluer le narcissisme chez les individus. De plus, bon nombre d'écrits utilisant ces mêmes instruments semblent avoir été administrés auprès de la population générale. Il est donc apparu pertinent de vérifier le degré de convergence entre le SWAP-200, le PNI et le PDQ-4 auprès d'une population clinique afin d'amener un nouvel éclairage aux études existantes.

Associations entre l'évaluation clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs. Comme mentionné ci-haut**,** les associations entre les trois dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation ont tout d'abord été vérifiées. Le tableau 1 offre un aperçu des résultats obtenus. Celles-ci avaient ainsi pour objectif de s'assurer que les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation avaient tendance à évaluer la présence de caractéristiques narcissique chez les clients participants de manière cohérente. Comme attendu, les analyses effectuées sur le SWAP-200 des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation semblent démontrer que ces derniers ont offert un portrait similaire de la présence de caractéristiques narcissiques chez leurs clients, et ce, pour chaque dimension du narcissisme mesuré par l'instrument. Une association entre la dimension du narcissisme fragile des évaluateurs en formation et celle du narcissisme grandiose malin des psychothérapeutes en formation est constatée.

Tableau 1

Associations entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation

Dimensions narc. (SWAP-200)	**Évaluateurs**		
	Grand/malin	Fragile	Fonct/exh.
Psychothérapeutes			
Grand/Malin	0,495 **	0,502**	0,364
Fragile	0,272	0,564**.	0,191
Fonct/exh.	0,067	-0,011	0,634**

** Corrélation significative au niveau 0,01
Dimensions Narc.= dimensions du narcissisme, Grand/malin= narcissisme grandiose/malin, Fonct/exh = narcissisme fonctionnel/exhibitionniste

Associations entre les trois mesures du narcissisme. Afin de poursuivre avec les analyses préliminaires, la convergence entre le PNI, le SWAP-200 et le PDQ-4 a été vérifiée. Des corrélations bivariées ont donc été effectuées entre les sept sous-facettes du narcissisme du PNI, les variables crées de grandiosité et de vulnérabilité du PNI, les trois dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation et l'échelle du narcissisme du PDQ-4 (voir Appendice I).

Associations entre le SWAP-200 et le PNI. De manière générale, peu de corrélations sont constatées entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation et le PNI. Une corrélation significative et positive est observée entre la dimension du narcissisme grandiose malin du SWAP-200 chez les psychothérapeutes en formation et la dimension supériorité de droit du PNI. Une seconde corrélation positive et fortement significative est observée entre la dimension fragile du

SWAP-200 pour les psychothérapeutes en formation et l'échelle dévalorisation du PNI. Enfin, une troisième corrélation positive est ressortie comme significative entre la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste chez les psychothérapeutes en formation et l'échelle exploitation du PNI.

D'autres corrélations entre le SWAP-200 et le PNI sont constatées chez les évaluateurs en formation. Plus particulièrement, la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 pour les évaluateurs en formation apparait comme celle présentant le plus d'associations avec le PNI. L'ensemble des corrélations observées entre ces deux instruments sont négatives. Une première corrélation négative est ressortie comme fortement significative entre la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 et la dimension de l'autovalorisation par sacrifice de soi du PNI. Des corrélations significatives et négatives sont encore une fois observées entre la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 chez les évaluateurs en formation et les sous-facettes estime de soi contingente et dissimulation du PNI. Aucune corrélation entre les dimensions fragile et grandiose malin du SWAP-200 et le PNI sont ressortis comme significative pour les évaluateurs en formation.

Associations entre le SWAP-200 et le PDQ-4. Les analyses effectuées ont démontré un faible nombre d'association entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 et l'échelle du narcissisme du PDQ-4. En effet, seulement deux associations sont ressorties comme significatives et modérées entre les deux instruments pour les psychothérapeutes en formation. La première avec la dimension grandiose malin et la deuxième, avec la

dimension fragile. Aucune corrélation n'est observée entre ces deux instruments pour les évaluateurs en formation.

Associations entre le PDQ-4 et le PNI. Pour terminer les analyses préliminaires, des corrélations bivariées ont finalement été effectuées entre l'échelle du narcissisme du PDQ-4 et les sous-facettes du PNI. Les résultats démontrent plusieurs associations fortement significatives entre les deux instruments. De fortes corrélations positives sont observées avec les dimensions supériorité de droit, estime de soi contingent, dissimulation, fantaisies de grandiosité, de dévalorisation et d'autovalorisation par le sacrifice de soi. Une autre corrélation un peu plus faible, mais toujours significative est aussi ressortie entre le PDQ-4 et l'échelle exploitation du PNI. Pour terminer, les variables créent vulnérabilité et grandiosité présentent de fortes associations positives avec le PDQ-4. Il en est de même avec la variable de narcissisme total.

Analyses principales

La présente section présente les résultats des analyses principales effectuées pour l'étude. Pour cette section, il importe de mentionner que compte tenu de la taille de l'échantillon, une attention a également été portée aux associations de force un peu plus faibles (c.-à-d., autour de -0,3 et 0,3). À titre de rappel, le CTQ a été rempli à deux reprises par les psychothérapeutes en formation. Une première fois après les 5 rencontres initiales (temps 1) et la seconde, suite à la 10^{e} rencontre (temps 2). Des corrélations ont également été effectuées entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 des évaluateurs en

formation et le CTQ des psychothérapeutes en formation suite à la 5ième séance et suite à la 10ième séance (voir Appendice J).

Associations entre le narcissisme et le contre-transfert

Prise de mesure initiale. Afin de brosser un portrait du type de contre-transfert pouvant apparaitre en début de psychothérapie avec les clients présentant un narcissisme pathologique, des corrélations bivariées ont été effectuées entre les trois instruments de mesure du narcissisme et les 8 facteurs du CTQ suite à la 5e séance (voir Appendice J).

Les résultats obtenus suggèrent qu'il existe des associations entre la facette dissimulation de soi du PNI et certains facteurs du CTQ à la 5e séance de psychothérapie. Il apparait également que l'ensemble des corrélations observées sont de valeurs négatives. Plus particulièrement, une corrélation négative de force modérée est observée avec le facteur 5\submergé du CTQ. Trois autres corrélations négatives, cette fois plus faibles, sont également observées avec le facteur 4/protecteur ou parental, le facteur 6/surinvesti et le facteur 7/sexualisé. Il est également intéressant de constater la présence de faibles associations négatives entre la variable créée de vulnérabilité (PNI) d'une part et les facteurs 4 et 7 du CTQ d'autre part (parental ou protecteur et sexualisé respectivement).

En ce qui concerne le jugement clinique des psychothérapeutes en formation, la majorité des corrélations observées en début de psychothérapie concerne la dimension du narcissisme grandiose malin du SWAP-200, soit deux associations de force modérée et négative avec le facteur 3/positif et le facteur 4/protecteur ou parental. Deux autres

associations un peu plus faibles semblent également ressortir avec le facteur 1/critiqué et le facteur 7/sexualisé. Aucune autre corrélation n'est constatée entre les dimensions fragile et fonctionnel exhibitionniste chez les psychothérapeutes en formation et le CTQ au temps 1. Pour les dimensions du narcissisme du SWAP-200 des évaluateurs en formation, peu de corrélations sont constatées avec le CTQ des psychothérapeutes en formation à la 5e séance. Une première association de force modérée et négative est constatée entre la dimension du narcissisme fragile et le facteur 6\surinvestis et une deuxième association de force un peu plus faible et positive est observée avec le facteur 7/sexualisé. Aucune autre corrélation n'est constatée entre les dimensions du narcissisme grandiose malin et du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 pour les évaluateurs en formation et le CTQ des psychothérapeutes en formation lors de la première prise de mesure.

Seconde prise de mesure. Afin de vérifier si la fréquence et la force des associations entre les instruments du narcissisme et le CTQ avait tendance à augmenter en cours de suivi, les psychothérapeutes en formation ont dû remplir pour une deuxième fois le CTQ à leur 10e rencontre. L'objectif était ainsi de vérifier si les réactions contre-transférentielles face aux clients narcissiques avaient tendance à augmenter et si oui, a brossé un portrait de la nature de ces réactions selon la dimension de narcissisme. Selon les résultats obtenus, seul le PNI a démontré une augmentation de la fréquence des associations avec le CTQ des psychothérapeutes en formation à la 10e séance (voir appendice J). Celles-ci demeurent toutefois plutôt faibles.

Parmi les associations constatées entre le PNI et le CTQ au temps 2, la sous-facette estime démontre une faible association négative avec le facteur 3/positif et de faibles associations positives avec les facteurs 6/surinvesti et 8/désengagé. La sous-facette exploitation est corrélée de manière faible et positive avec les facteurs 1/critiqué, 2/inadéquat et de manière faible et négative avec le facteur 8/désengagé. Outre la corrélation un peu plus faible et négative constatée avec le facteur 3/positif, la sous-facette autovalorisation par sacrifice de soi démontre une très forte corrélation positive avec le facteur 8/désengagée. Enfin, une autre association forte et positive est ressortie entre la sous-facette dévalorisation du PNI et le facteur 8/désengagé du CTQ au temps 2.

Les variables créées à partir du PNI de grandiosité et de vulnérabilité démontrent également des associations avec certains facteurs du CTQ suite à la 10^{e} séance. Il est intéressant d'observer que la variable grandiosité est fortement et positivement corrélée avec le facteur 8/désengagé du CTQ. D'autres associations, toujours positive, mais un peu plus faibles sont également observés avec le facteur 1/critiqué et le facteur 2/inadéquat. En ce qui concerne la variable de vulnérabilité, celle-ci démontre des associations avec des facteurs différents du CTQ soit de manière positive avec les facteurs 6/surinvesti et 8/désengagé et négativement avec le facteur 3/positif. Ces associations demeurent toutefois plus faibles.

En ce qui concerne le jugement clinique des psychothérapeutes en formation et des évaluateurs en formation mesuré par le SWAP-200 et le CTQ au temps 2, la fréquence des associations observée demeure sensiblement pareille au temps 1 et au temps 2. Pour

les dimensions du narcissisme du SWAP-200 rempli par les psychothérapeutes en formation, une première corrélation positive et modérée est constatée entre la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 et le facteur 3/positif du CTQ au temps 2. Deux autres associations un peu plus faibles et positives sont observées avec le facteur 5/submergé et 7/sexualisé. Très peu de corrélations entre les dimensions grandiose malin et fragile du SWAP-200 des psychothérapeutes en formation et le CTQ au temps 2 n'est ressortie. En ce qui concerne les associations entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les évaluateurs en formation et le contre-transfert des psychothérapeutes suite à la 10^{e} séance, la majorité des corrélations observées concernent la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste. Ainsi, de faibles associations négatives sont ressorties entre cette dimension et le facteur 1/critiqué, le facteur 2/inadéquat et le facteur 8/désengagé. Une association de force modérée et positive est également observée entre la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste des évaluateurs en formation et le facteur 3/positif du CTQ au temps 2 pour les psychothérapeutes en formation. Seulement deux autres associations sont constatées pour les dimensions grand7iose malin et fragile pour les évaluateurs en formation et le CTQ des psychothérapeutes en formation à la 10e séance. La première, de force faible et négative, se situe entre la dimension grandiose malin et le facteur 2/inadéquat. La deuxième, aussi faible et négative, se situe entre la dimension fragile et le facteur 3/positif du CTQ au temps 2.

Le portrait général des analyses effectuées entre le PDQ-4 et le CTQ semblent démontrer très peu d'associations entre ces deux instruments, et ce, pour les deux temps

de mesure. En effet, une seule corrélation plutôt faible et positive est ressortie entre le PDQ-4 et le facteur 1/critiqué du CTQ des psychothérapeutes en formation à la 5e rencontre (temps 1). Aucune association entre les deux instruments n'a été obtenue à la 10e rencontre.

Discussion

La présente étude avait pour objectif général d'observer les différentes manifestations du contre-transfert chez les psychothérapeutes en formation selon la dimension du narcissisme prédominant rencontré en psychothérapie et de vérifier si la fréquence et la force des associations entre les mesures du narcissisme et le CTQ avait tendance à augmenter suite la 10^{e} séance. Plus particulièrement, cette étude s'intéressait à trois dimensions du narcissisme généralement reconnues dans la littérature (Freeman & Fox, 2013; Gabbard, 2000; Wink, 1991) soit le narcissisme grandiose malin, fragile et fonctionnel exhibitionniste.

Les analyses préliminaires visaient dans un premier temps à vérifier la cohérence entre le jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation tel que mesuré par le SWAP-200. De plus, puisque trois mesures ont été utilisées afin de vérifier le niveau de narcissisme chez les clients et que celles-ci différaient quant à leur modalité (c.-à-d., autorapporté et évaluation clinique), le niveau de convergence entre le PNI, le PDQ-4 et le SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation a également été vérifier. Dans un deuxième temps, comme mentionnée ci-haut, la présente étude avait pour objectif principal d'observer le type de contre-transfert associé à chacune des trois dimensions du narcissisme chez des psychothérapeutes en formation, et ce, dans le but d'explorer la possibilité de dégager un certain prototype de contre-transfert selon la dimension du narcissisme prédominante chez les clients. Conformément aux résultats soulignés par différentes études (Tanzilli et Gualco, 2020; Tanzilli et al, 2017; Colli et al, 2014; Betan et al, 2005). certains types de contre-transfert étaient attendus. Elle visait de plus à vérifier si la fréquence et la force des associations entre les mesures du narcissisme

et le CTQ avaient tendance à augmenter au fil des séances, ce qui pourrait suggérer une augmentation de l'intensité du contre-transfert, parallèlement au déploiement des enjeux narcissiques des clients. Pour ce faire, le contre-transfert des psychothérapeutes en formation a été évalué à deux moments, soit suite à la 5e séance (temps 1) et la 10e séance (temps 2). Cette section offre un bref récapitulatif des résultats obtenus et tente de fournir des éléments explicatifs à ceux-ci, en fonction des hypothèses et des questions de recherche posées tout en les comparant aux études similaires. De plus, les forces et les limites de cette étude ainsi que les recommandations pour les recherches à venir y sont exposées. Avant d'aller plus loin sur l'exploration des hypothèses à l'étude, un bref retour sera effectué sur les résultats obtenus aux différentes analyses préliminaires susmentionnées.

Récapitulatif des résultats obtenus

Dans un premier temps, les analyses préliminaires effectuées montrent des associations significatives entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 pour les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation, suggérant ainsi un bon niveau de cohérence entre leur jugement clinique et le portrait qu'ils ont effectués de leurs clients. De plus, les analyses ont démontré une faible convergence entre les trois dimensions du SWAP-200 et les sept sous-facettes du PNI puisqu'en général peu d'associations sont constatées. La dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste évaluée par les évaluateurs en formation est celle qui a démontré le plus grand nombre d'associations avec le PNI. Une faible convergence entre le SWAP-200 et le PDQ-4 est également

ressortie. En ce qui concerne le PNI et le PDQ-4, cette étude suggère un fort niveau de convergence entre ces deux instruments.

D'autres résultats ont été observés suite aux analyses principales de cette étude, qui cherchaient à explorer et à comparer le type de contre-transfert induit par les clients narcissiques rencontrés, selon la dimension et sa possible évolution au fil des rencontres. Conformément aux études existantes sur le sujet, certains types de contre-transfert étaient attendus pour chacune des trois dimensions du narcissisme pathologiques étudiées. De manière générale, les résultats obtenus dans cette étude semblent concorder avec les données existantes. Bien que la fréquence et la force des associations observées entre le SWAP-200 des psychothérapeutes en formation et le CTQ demeurent plutôt faibles, certaines corrélations obtenues demeurent intéressantes. Conformément aux attentes, davantage d'associations sont constatées entre le PNI et le contre-transfert des psychothérapeutes en formation suite à la 10^{e} séance. Étonnamment, une seule association de force faible et positive a été observée entre le PDQ-4 et le CTQ des psychothérapeutes en formation suite aux deux prises de mesure. Puisque le jugement clinique des psychothérapeutes et celui évaluateurs en formation obtenue à l'aide du SWAP-200 ont démontré une bonne cohérence, des analyses ont également été effectuées entre le SWAP-200 des évaluateurs en formation et le CTQ des psychothérapeutes en formation suite à la 5^{e} et la 10^{e} séance.

Analyses préliminaires

Les analyses préliminaires ont permis de vérifier les trois premières hypothèses à l'étude. Tout d'abord, la convergence entre le SWAP-200 des psychothérapeutes et celui

des évaluateurs en formation a d'abord été vérifiée. L'hypothèse 1 postulait ainsi qu'un grand nombre d'associations seraient constatées entre le SWAP-200 des psychothérapeutes et ceux remplis par les évaluateurs en formation. Les résultats semblent confirmer cette première hypothèse de recherche puisque de fortes associations positives sont constatées entre les dimensions du narcissisme grandiose malin, fragile et fonctionnel exhibitionniste des psychothérapeutes en formation et ces mêmes dimensions pour les évaluateurs en formation. Ces résultats suggèrent ainsi un bon niveau de convergence entre l'évaluation des caractéristiques narcissiques effectuées par les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation. Ces résultats sont conformes aux attentes initiales puisque ces derniers étaient tous supervisés dans une approche psychodynamique. Ces résultats suggèrent que les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation avaient un jugement clinique similaire des clients rencontrés et plus particulièrement de la présence de caractéristiques narcissiques chez ces derniers. D'ailleurs, certaines études soulignent une forte convergence entre le SWAP-200 rempli par des psychothérapeutes et celui administré auprès d'un tiers indépendant (Westen & Muderrisoglu, 2003, 2006). Il importe tout de même de souligner l'association significative observée entre la dimension du narcissisme grandiose malin évaluée par les psychothérapeutes en formation et la dimension fragile évalué par les évaluateurs en formation. Puisque la documentation scientifique tend à présenter ces dimensions comme étant distinctes l'une de l'autre (Wink, 1991), il aurait pu être attendu également que les associations observées seraient spécifiques à chacune des dimensions (par ex., la dimension grandiose malin évaluée par les psychothérapeutes en formation exclusivement associée à la dimension grandiose

malin évaluée par les évaluateurs en formation). Toutefois, depuis les dernières années, certains auteurs (Crisp & Gabbard, 2020, Russ et al, 2008) suggèrent plutôt que ces deux dimensions sont deux facettes d'une même médaille et que le narcissisme pathologique d'un même individu peut s'exprimer à la fois dans sa dimension grandiose que dans sa dimension fragile à différents moments. La présence de caractéristiques communes et la possibilité que d'une séance à l'autre, le narcissisme pathologique d'un même client s'exprime à travers ces deux différentes dimensions pourrait ainsi expliquer la présence de cette association. Certains auteurs soulignent que cela ferait d'ailleurs partie de la différence entre la réalité empirique et clinique, cette dernière étant souvent plus floue et pouvant impliquer différents degrés de pathologies allant de léger à sévère (Westen, Shedler, & Bradley, 2006; Shedler & Westen, 2004).

Dans cette étude, trois instruments ont été utilisés afin de mesurer le narcissisme chez les clients; le PNI, le SWAP-200 et le PDQ-4. L'intérêt d'utiliser trois instruments différents dans cette étude a reposé, entre autres, sur les possibles différences de perspectives et la variabilité des manifestations phénotypiques inhérentes au trouble de personnalité narcissique. Krizan et Herlache (2018) soulignent que l'ensemble des mesures du narcissisme tendent à cibler différentes conceptualisations et dimensions du narcissisme. D'autres auteurs suggèrent d'utiliser plusieurs modalités d'évaluation (Hilsenroth, Handler, & Blais, 1996; Hopwood et al., 2013; Maxwell, Donnellan, Hopwood, & Ackerman, 2011) et d'utiliser des données de sources extérieures pour évaluer les troubles de la personnalité. Un certain débat quant à la meilleure modalité d'évaluation pour les troubles de personnalité semble présent dans la documentation

scientifique. Oltmanns et Turkheimer (2006) affirment que d'utiliser uniquement une méthode d'évaluation de type autorapporté est insuffisant pour bien comprendre les caractéristiques du narcissisme pathologique. D'autres auteurs soulignent aussi que d'utiliser cette méthode pour l'évaluation des psychopathologies de l'Axe II (APA, 2000) n'est pas une stratégie optimale, car les personnes ayant un trouble de personnalité ont généralement une capacité d'introspection faible (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2002). Cela est d'autant plus vrai pour les personnes présentant un narcissisme pathologique, qui ont tendance à déployer de fortes défenses pour protéger leur estime fragile ou à minimiser leur niveau de psychopathologie (Shedler, Mayman, & Melvin, 1993). Leur tendance à distordre la réalité aurait donc un impact sur les réponses obtenues aux instruments de type autorapporté et en particulier, lorsque cela implique l'estime de soi des répondants.

L'échelle du narcissisme du PDQ-4 se base sur l'approche catégorielle telle que décrite dans le DSM-IV (Miller & Campbell, 2008). Un certain débat concernant l'utilisation de cet instrument pour mesurer les différentes expressions du narcissisme semble aussi présent. Dans une étude effectuée en 2018 auprès d'une population carcérale, Krusemark, Campbell, Crowe et Miller (2018) affirment que le PDQ-4 se veut être une mesure générale de l'aspect pathologique du narcissisme (par ex., introversion, instabilité émotionnelle). Il ne permet toutefois pas de préciser les différentes dimensions du narcissisme, ayant plutôt tendance à présenter le narcissisme comme un trouble unidimensionnel. Le PNI est quant à lui un instrument qui mesure deux dimensions du narcissisme pathologique (grandiosité et vulnérabilité) largement reconnu dans la

littérature à travers sept sous-facettes. L'utilisation de ces deux outils avait donc pour but de mesurer non seulement les comportements objectifs et observables tels que décrits dans le DSM-V, mais également de nuancer et de mesurer deux des trois dimensions ciblées dans la présente étude. Le SWAP-200 est le troisième instrument sélectionné pour mesurer le narcissisme. Ce choix a été motivé par le fait que le SWAP-200 est un instrument qui est basé sur le jugement clinique des psychothérapeutes. En plus des dimensions de grandiosité et de vulnérabilité, ce dernier permet également de capturer une autre expression du narcissisme à travers la dimension fonctionnelle exhibitionniste, également rapportée dans la documentation scientifique (Russ et al., 2008). Étant donné le débat entourant les modalités d'évaluation pour le narcissisme et puisque bon nombre d'études utilisant ces instruments ont été conduites auprès d'une population générale, il est apparu pertinent de vérifier la convergence entre ces trois mesures du narcissisme auprès d'une population clinique afin d'apporter un autre éclairage à la littérature scientifique existante. Il était donc attendu qu'une faible convergence serait constatée entre les instruments de type autorapporté (PNI et PDQ-4) et le SWAP-200 qui se base sur le jugement clinique des psychothérapeutes (évaluation provenant d'une source externe). Les résultats obtenus aux analyses préliminaires semblent confirmer l'hypothèse 2. En effet, bien que mesurant chacun plusieurs dimensions du narcissisme, assez peu de corrélations ont été constatées en général entre les dimensions du narcissisme du SWAP-200 rempli par les psychothérapeutes et les évaluateurs en formation d'une part et le PNI et le PDQ-4 d'autre part. En effet, Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et Westen (2007) soulignent que la convergence entre les instruments de type autorapporté et ceux reposant sur le jugement

clinique des psychothérapeutes varie selon le type de trouble de personnalité. Plus particulièrement, une étude effectuée par Thomas, Turkheimer et Oltmanns en 2003 suggère qu'il existe une faible convergence entre ces deux modalités d'évaluation et particulièrement lorsqu'elles sont utilisées pour mesurer le narcissisme pathologique. D'autres auteurs encore mentionnent le peu de concordance entre les instruments de type autorapporté et les instruments « cliniques » rempli par les cliniciens (Hilsenroth et al., 1996).

Néanmoins, bien qu'en faible nombre, il apparait tout de même intéressant de souligner les quelques associations qui sont ressorties de ces analyses. Pour le SWAP-200 rempli par les psychothérapeutes en formation et le PNI, trois associations sont constatées. La première association positive est observée entre la dimension du narcissisme grandiose malin du SWAP-200 des psychothérapeutes en formation et la sous-facette supériorité de droit du PNI. Cette corrélation, quoique modérée est cohérente avec la documentation scientifique. En effet, la tendance des individus présentant une grandiosité pathologique à revendiquer, parfois même de manière agressive, des privilèges ou des traitements spéciaux est communément avancé dans la littérature (Calligor, 2013). D'ailleurs, la sous-facette supériorité de droit du PNI se veut être une caractéristique de la dimension de grandiosité mesurée par cet instrument. Il en est de même pour la forte association positive entre la dimension fragile du SWAP-200 chez les psychothérapeutes en formation et la sous-facette dévaluation du PNI. Encore une fois, cette sous-facette se veut être une caractéristique de la dimension vulnérabilité mesurée par cet instrument. Enfin, la troisième association constatée entre le SWAP-200 des psychothérapeutes en formation

et le PNI se trouve au niveau de la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste et la sous-facette exploitation du PNI. Cette corrélation est encore une fois cohérente avec la description de la dimension fonctionnelle exhibitionniste du narcissisme. En effet, ces individus sont reconnus pour avoir tendance à utiliser ou exploiter autrui afin d'atteindre leur but et connaitre le succès. Plusieurs écrits (Russ et al., 2008) décrivent d'ailleurs ces individus comme ayant souvent un certain succès entre autres, au niveau professionnel. Cela se fait toutefois parfois au détriment de leurs relations interpersonnelles puisqu'ils n'hésitent pas à utiliser ou écraser les autres pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Les autres associations constatées à la suite de ces analyses préliminaires entre le SWAP-200 et le PNI concernent plus particulièrement la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste des évaluateurs en formation et quatre des sept sous-facettes du PNI. L'ensemble de ces corrélations sont de force modérée et négatives. Ainsi, plus le client démontre une expression du narcissisme qui correspond à la dimension fonctionnelle exhibitionniste, moins ce dernier a tendance à présenter une estime qui dépend de l'admiration et de la reconnaissance d'autrui, moins il cherchera à dissimuler des facettes de sa personne aux yeux des autres et moins il aura tendance à se valoriser et à atteindre une gratification par le sacrifice de soi. De plus, les résultats démontrent que la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 des évaluateurs en formation est corrélée négativement avec la dimension de vulnérabilité du PNI. Encore une fois, ce résultat concorde avec la littérature scientifique; les individus présentant une expression du narcissisme s'apparentant davantage à la dimension de la vulnérabilité tendent à avoir un niveau de satisfaction de vie généralement bas, à avoir une faible image de soi et à

souffrir de divers troubles comorbides (p. ex., anxiété, dépression) (Ronningstam, 2000). Comparés aux individus dont les dimensions grandiose malin et fonctionnelle exhibitionniste prédominent, ils sont plus souffrants (Russ et al., 2008). D'un autre côté, la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste se caractérise quant à elle par une recherche d'attention, de l'exhibitionniste et une assurance, des caractéristiques généralement opposées à la dimension plus vulnérable du narcissisme.

Dans la présente étude et conformément à l'hypothèse 3, plusieurs associations sont observées entre les deux instruments de type autorapporté, le PNI et l'échelle du narcissisme du PDQ-4. Ces résultats concordent avec une étude de Maxwell et al., (2011) qui a démontré que le PNI présentait une bonne convergence générale avec le PDQ-4. Ces auteurs observent toutefois une certaine variabilité corrélationnelle entre certaines des sept sous-facettes du PNI et le PDQ-4. Par exemple, la sous-facette dissimulation du PNI serait selon eux faiblement corrélée à l'échelle du narcissisme du PDQ-4 alors que celle de supériorité de droit y serait fortement corrélée. Dans la présente étude, des corrélations fortes à modérer sont observées entre l'ensemble des dimensions du PNI et l'échelle du narcissisme du PDQ-4. Ces associations pourraient ainsi s'expliquer par le fait que ces deux instruments évaluent le narcissisme pathologique et n'accorde que peu de place aux ressources psychologiques du patient. Il est donc possible de confirmer l'hypothèse 3 de l'étude.

Analyses principales

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les associations entre trois dimensions du narcissisme soulevées dans les écrits scientifiques et les réactions contre-transférentielles des psychothérapeutes en formation. De plus, l'étude avait pour objectif de vérifier si la fréquence et la force des associations entre les dimensions du narcissisme et le CTQ augmenteraient au fil des séances, indiquant ainsi une possible évolution de l'intensité du contre-transfert. L'étude visait ainsi à brosser un portrait de l'évolution du contre-transfert selon la dimension du narcissisme prédominante.

Narcissisme grandiose malin et contre-transfert

Les résultats obtenus entre la dimension du narcissisme grandiose malin du SWAP-200 et le CTQ suggèrent que les psychothérapeutes en formation avaient tendance à se sentir davantage critiqués, et ce, dès les premières séances avec les clients. Cette association est d'ailleurs souvent rapportée dans les écrits scientifiques (Betan et al. 2005; Tanzilli & Gualco, 2020; Wink, 1991). Ces derniers avaient des réactions contre-transférentielles moins positives et avaient moins tendance à avoir un contre-transfert de type sexualisé. De plus, les résultats obtenus démontrent que les psychothérapeutes en formation ayant un client de type grandiose malin avaient moins tendance à ressentir un contre-transfert protecteur ou parental. Dhal et al. (2014) ont démontré que plus la pathologie de la personnalité était grande, moins les psychothérapeutes tendent à ressentir des sentiments parentaux dans leur contre-transfert face à ses clients. Les résultats du SWAP-200 suggèrent également que ce contre-transfert avait tendance à apparaitre plus

tôt en cours de suivi. L'association constatée entre le PDQ-4 et le contre-transfert de type critiqué suite aux 5 premières séances appuie également ces résultats puisque cet instrument tend à mesurer un type de narcissisme grandiose, à l'instar du prototype décrit dans le DSM-IV sur lequel il se base. Il est donc possible de confirmer l'hypothèse 4 à l'étude.

Alors que les associations entre le SWAP-200 des psychothérapeutes en formation suggèrent que le contre-transfert des psychothérapeutes ayant des patients narcissiques de type grandiose malin apparait dès les premières séances de psychothérapie, les corrélations observées entre la variable créée de grandiosité du PNI et le CTQ suggèrent que le contre-transfert des psychothérapeutes en formation apparait un peu plus tard. Il en est de même d'ailleurs avec la presque totalité des autres sous-facettes du PNI. Les types de contre-transfert observés lors de cette deuxième prise de mesure et les corrélations observées entre le PNI et le CTQ des psychothérapeutes en formation lors de la deuxième prise de mesure semblent encore une fois cohérents avec la documentation scientifique. Ainsi, les psychothérapeutes en formation ont rapporté se sentir plus critiqués, inadéquats et moins investis suite aux 10 premières rencontres avec ces clients.

Narcissisme fragile et contre-transfert

Les associations observées entre le narcissisme fragile et le CTQ semblent également confirmer ce qui est actuellement proposé au sein de la documentation scientifique concernant les réponses émotionnelles généralement associées au narcissisme

fragile. Dans la présente étude, des associations ont été constaté entre la sous-facette dissimulation du PNI et le contre-transfert à la suite des 5 premières séances. Tel que susmentionné, il apparait que cette sous-facette est une des caractéristiques attribuées au narcissique de type fragile. Selon les résultats, les clients ayant tendance à davantage dissimuler une partie de soi en psychothérapie suscitaient chez leurs psychothérapeutes moins de sentiments protecteurs. Ces derniers se sentaient moins surinvestis et submergés après les 5 premières séances et à avoir un contre-transfert de type sexualisé. Après 10 rencontres, les psychothérapeutes en formation avaient également tendance à ressentir un contre-transfert moins positif envers ces clients. La tendance des clients présentant un narcissisme fragile à vouloir dissimuler une facette de leur personne serait lié, selon certains auteurs (Tanzilli et Gualco, 2020), à leur estime personnelle fragile, leur souffrance intérieure, leur hypersensibilité face aux regards d'autrui et aux sentiments de honte et d'humiliation qu'ils ressentent souvent. Ils tendent à vouloir cacher en psychothérapie les parties vulnérables d'eux-mêmes et à éviter d'aborder certains enjeux plus centraux. Ils ont de plus tendance à être distants et détachés (Ogrodniczuk & Kealy, 2013; Tanzilli et al., 2017) dans leur relation avec leur psychothérapeute. Par exemple, cela pourrait se manifester dans les séances par un discours superficiel de la part du client ou par la tendance à omettre certains détails ou sujets pourtant importants. Tanzilli et Gualco (2020) soulignent que ces clients ont de la difficulté à s'engager dans le processus psychothérapeutique. Cela pourrait ainsi amener le psychothérapeute à se désinvestir durant les séances avec ces clients, en réponse à leur propre désinvestissement et à leur tentative de dissimuler ce qu'ils ressentent comme honteux en eux. Les associations

observées entre la variable créer vulnérabilité du PNI et le CTQ au temps 1 et 2 vont majoritairement en ce sens. Il n'est donc pas possible de confirmer l'hypothèse 5 puisque seulement une association très faible est constatée entre la variable vulnérabilité et le facteur 6/surinvesti et qu'aucune association n'est constatée avec le facteur 5/submergé. Il apparait tout de même qu'à la 10e séance, un contre-transfert de type surinvesti s'est déployé chez certains psychothérapeutes en formation. Cela va dans le sens d'une étude effectuée en 2020 par Tanzilli et Gualco qui cherchaient à proposer des prototypes de réponses émotionnelles de psychothérapeutes travaillant auprès d'une population adolescente, selon les trois dimensions du narcissisme mesurées par le SWAP-200 version pour adolescents. En effet, ces derniers affirment que les psychothérapeutes travaillant avec des adolescents ayant un narcissisme de type fragile présentaient des patrons relationnels de type surinvesti avec ces clients. Les psychothérapeutes auraient ainsi, en réponse à leur souffrance et à leurs sentiments de honte (Ronningstam, 2009), tendance à s'inquiéter davantage et à avoir le désir de prendre soin d'eux. Dans la présence étude, cette association pourrait découler du fait que les psychothérapeutes participants étaient encore en formation et en apprentissage par rapport à la gestion de leur contre-transfert et de la mise en place d'une distance psychothérapeutique saine et nécessaire. Ils auraient pu avoir tendance à surinvestir davantage leurs clients au fil des rencontres, en particulier dans les cas où une certaine vulnérabilité était perçue.

Narcissisme fonctionnel exhibitionniste et contre-transfert

Une autre ressemblance entre l'étude de Tanzilli et Gualco (2020) mentionnée ci-haut et la présente étude concerne la dimension du narcissisme fonctionnel exhibitionniste du SWAP-200 et le contre-transfert des psychothérapeutes en formation mesuré par le CTQ. En effet, les auteurs proposent que les réponses émotionnelles des psychothérapeutes ayant ce type de patient en psychothérapie tendent à être plus positives et à se caractériser par un sentiment d'efficacité. Ils tendent également à se sentir moins dévalués par ces derniers. Colli et al., (2014) vont dans le même sens. La présente étude suggère également que les psychothérapeutes en formation avaient tendance à ressentir un contre-transfert positif envers ses patients. Les résultats suggèrent toutefois que les psychothérapeutes pouvaient également se sentir submergés au fil des rencontres avec ces clients (c.-à-d., suite à la 10^{e} séance). Il est intéressant aussi d'observer l'association entre le narcissisme fonctionnel exhibitionniste et le contre-transfert sexualisé à la 10^{e} séance puisque ces clients auraient tendance à utiliser la séduction dans leurs relations interpersonnelles (Russ et al., 2008) et à rechercher activement l'attention de leur psychothérapeute. De plus, les résultats de la présente étude suggèrent que le contre-transfert des psychothérapeutes ayant un narcissisme de type fonctionnel exhibitionniste tend à apparaitre un peu plus tard en cours de séances soit après les 10 premières séances. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces patients présentent souvent une image d'eux-mêmes positive. Gabbard et Crisp (2020) affirment d'ailleurs que ce type de client a une certaine capacité à établir une bonne relation avec leurs psychothérapeutes. De plus, ces derniers démontrent plusieurs forces et ressources qui les rendent fonctionnels dans

certaines sphères de leur vie. Il est possible de croire que les clients présentant ce type de narcissisme auraient pu ainsi réussir à se présenter de manière plus positive lors des premières séances de psychothérapie. Leur charisme aurait pu amener une certaine idéalisation chez les psychothérapeutes en formation. Cela est d'autant plus vrai que les psychothérapeutes ayant participé à la présente étude étaient encore en formation et que la prise de conscience de leur contre-transfert a pu s'effectuer un peu plus tard au fil des rencontres. Il serait possible de croire que le narcissisme de type fonctionnel exhibitionniste s'apparente au narcissisme fonctionnel tel que décrit dans l'approche des traits en psychologie sociale. Ce dernier est effectivement décrit comme ayant de bonnes ressources adaptatives et un niveau de satisfaction de vie plus haut (Sedikides et al, 2004). Ces résultats permettent donc de confirmer l'hypothèse 6 à l'étude selon laquelle ce type de narcissisme suscitait un contre-transfert plus positif en psychothérapie.

Évolution du contre-transfert

Tel que déjà mentionné, un autre objectif principal de la présente étude était d'explorer l'évolution du contre-transfert chez des psychothérapeutes en formation, selon la dimension du narcissisme prédominante en psychothérapie. Plus précisément, cette étude souhaitait vérifier si la fréquence et la force des associations entre les différentes mesures du narcissisme et le CTQ des psychothérapeutes en formation augmenteraient de la 5^{e} à la 10^{e} séance, suggérant ainsi une intensification du contre-transfert au fil des séances. Elle visait de plus à observer et à mettre en lien un portait type de l'évolution du contre-transfert selon la dimension du narcissisme rencontré. Peu de différence dans la

fréquence des associations est constatée en ce qui concerne le SWAP-200 des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation et le CTQ pour les deux temps de mesure. Une augmentation de la fréquence des associations est néanmoins constatée pour les sous-facettes du PNI et le CTQ lors du temps 2. Leurs forces demeurent toutefois plutôt faibles. Plus particulièrement, il est possible de constater un très grand nombre d'associations entre l'ensemble des sous-facettes du PNI et le facteur 8/désengagé du CTQ des psychothérapeutes au temps 2. Ainsi, plus le nombre de séances augmentait et plus les psychothérapeutes en formation avaient tendance à se sentir désengagés dans le processus avec leurs clients narcissiques de type grandiose et de type fragile. Malgré la présence d'associations intéressantes, la présente étude n'a pas permis de mettre en lumière l'existence d'une évolution particulière d'un contre-transfert distinct, selon le type ou la dimension du narcissisme prédominante.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Cette étude visait à brosser un portrait du type de contre-transfert chez des psychothérapeutes en formation, selon trois grandes dimensions du narcissisme reconnues au sein de la littérature scientifique soit la dimension grandiose, la dimension fragile et la dimension fonctionnelle exhibitionniste. Elle visait dans un deuxième temps à explorer et vérifier si le contre-transfert des psychothérapeutes tendait à augmenter en cours de suivi psychothérapeutique et à explorer de manière préliminaire s'il était possible de dégager un prototype de l'évolution du contre-transfert selon le type de narcissisme rencontré. Bien que le phénomène du contre-transfert existe depuis de nombreuses décennies et qu'il est aujourd'hui largement reconnu par la majorité des approches comme un outil

psychothérapeutique important, très peu d'études à ce jour ont tenté de mesurer ce construit de manière empirique. La grande majorité des écrits portant sur le sujet découlent de textes théoriques ou d'études de cas. Aussi, il apparait que peu d'études ont tenté de mesurer, toujours de manière empirique, le contre-transfert induit par les patients narcissiques en tenant compte des différentes dimensions de ce trouble. De plus, la présente étude est une des premières qui semble s'être intéressée à l'aspect évolutif du contre-transfert dans le temps, dans un cadre psychothérapeutique.

Malgré l'augmentation du nombre d'études ayant pour objet le narcissisme depuis quelques années, bon nombre de recherches portant sur ce construit ont été conduites auprès d'une population générale. Une des forces de la présente étude est qu'elle a été conduite auprès d'une population clinique, composée d'individus de tous âges et provenant de différents milieux. Cela permet donc de mieux généraliser les présents résultats au contexte clinique et à avoir un portrait plus ajusté à la réalité de la psychothérapie.

Une autre force de la présente étude est que plusieurs instruments ont été utilisés afin de mesurer le narcissisme chez les clients rencontrés. Excepté pour les études qui avaient pour objectif principal la validation de ces instruments, la majorité des études scientifiques n'utilisent qu'un seul instrument pour mesurer le narcissisme. Puisque plusieurs soulignent la difficulté à bien cerner ce construit, il est possible de croire que l'utilisation d'un seul instrument pour mesurer un construit aussi complexe limite la mise en lumière de certains aspects inhérents au narcissisme pathologique. Il est donc possible de croire que le fait d'utiliser trois instruments, avec des modalités d'administration

différentes, a permis d'obtenir un portrait plus nuancer de ce construit et de ces principales dimensions. Bien que les instruments de type autorapporté utilisés dans cette étude présentent de bonnes qualités psychométriques, le fait d'utiliser aussi un instrument se basant sur le jugement clinique des psychothérapeutes et des évaluateurs en formation a ainsi pu diminuer la possibilité de biais positifs et l'impact de la désirabilité sociale de certains clients participants. Cela permettait de plus de contourner les biais pouvant être attribués aux capacités d'introspection reconnues comme étant limitées chez les personnes présentant un haut niveau de narcissisme.

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, il importe de tenir compte de la forte attrition de l'étude et en raison de celle-ci, de la taille de l'échantillon plutôt faible. La présente étude s'inscrivant dans un projet plus large d'une certaine envergure et s'étendant sur une longue période, certains clients participants ont en cours de route, abandonné leur suivi psychothérapeutique. De plus, il est possible de croire que le déploiement de certains enjeux au sein même de la relation psychothérapeutique (p. ex., le transfert, la résistance) entre les clients et leurs psychothérapeutes en formation ait eu un impact sur le déroulement de l'étude. Par exemple, des clients ressentant de la colère envers leur psychothérapeute auraient pu exprimer cette dernière indirectement, à travers le passage à l'acte qui aurait pu se manifester par un « oubli » de rapporter les questionnaires. Certains clients ont d'ailleurs malheureusement mis fin à leur suivi abruptement.

L'ensemble des analyses effectuées dans la présente étude sont des corrélations bivariées. Ce type d'analyses a permis d'établir s'il existait des liens entre les différentes variables à l'étude. Des corrélations ont également été effectuées afin de vérifier si la fréquence et la force des associations entre les dimensions du narcissisme et le contre-transfert augmentaient de la 5e à la 10e séance, suggérant ainsi une possible augmentation des réactions contre-transférentielles des psychothérapeutes en cours de suivi. Il aurait été pertinent d'effectuer d'autres types d'analyses afin de mesurer l'aspect évolutif du contre-transfert. Par exemple, des Anovas à mesures répétées auraient pu permettre de préciser davantage l'effet de chacune des trois dimensions du narcissisme étudié dans la présente étude sur le contre-transfert du client. Il serait également fort intéressant d'utiliser un plus grand échantillon de participants, cela permettant de pousser un peu plus loin les analyses.

Enfin, il importe de prendre en considération que les psychothérapeutes participants étaient tous en formation au moment de la collecte de données. Or, il est reconnu que la reconnaissance du contre-transfert ainsi que son utilisation en psychothérapie est un outil qui se développe au fil des années d'expériences comme psychothérapeute. Il est possible qu'au moment des prises de mesure, les psychothérapeutes en formation participant avaient de la difficulté à bien cibler, reconnaitre et accepter leur contre-transfert envers leurs clients présentant des caractéristiques narcissiques, d'autant plus que le contre-transfert induit par ces derniers est souvent perçu comme négatif. Cela aurait ainsi pu influencer les résultats découlant des deux prises de mesures du questionnaire sur le contre-transfert, et ce, malgré la supervision dont ils bénéficiaient alors.

Retombées scientifiques et cliniques

Bien que le narcissisme pathologique ait été l'objet de multiples études et écrits, plusieurs mentionnent encore la difficulté à bien comprendre, évaluer et cerner les manifestations de ce trouble. La reconnaissance de l'existence de plusieurs dimensions, avec des caractéristiques et des manifestations propres, semble avoir complexifié davantage la compréhension de ce construit ainsi que son évaluation. Malgré le fait que l'existence de plusieurs dimensions de narcissisme est aujourd'hui largement reconnue au sein de la communauté scientifique, il apparait que plusieurs tendent à encore attribuer le mot narcissisme ou le narcissisme pathologique comme se limitant à ce qui est écrit dans le DSM-5. Plusieurs personnes passent encore ainsi sous le radar, reçoivent un mauvais diagnostic et donc, un mauvais traitement psychothérapeutique. La présente étude a donc permis de pousser un peu plus loin l'avancement des connaissances sur l'évaluation du narcissisme pathologique et ses différentes dimensions, en soulignant l'importance de tenir compte du contre-transfert dans le diagnostic de ce trouble. Outre sa participation à l'avancement des connaissances scientifiques, il est possible de généraliser les résultats obtenus dans ce mémoire au contexte et à la réalité clinique.

Étant donné que la grande majorité des écrits disponibles sur le contre-transfert découle de textes cliniques ou théoriques et des études de cas, cette étude a permis d'apporter un éclairage plus empirique à ce concept souvent limité au seul contexte clinique.

Comme souligné un peu plus haut, cette recherche est une des premières qui a tenté d'évaluer, de manière empirique et objective, l'aspect évolutif ou temporel du

contre-transfert en psychothérapie. Il serait effectivement très intéressant de pousser un peu plus loin cette idée par exemple, en mesurant le contre-transfert à plusieurs moments lors de processus psychothérapeutiques à long terme. Il aurait également été intéressant d'ajouter un aspect qualitatif à ce mémoire par exemple, en demandant aux psychothérapeutes en formation de remplir un journal de bord après chaque séance afin de décrire leurs ressentis suite à la séance avec leur client.

Conclusion

Cette étude comportait deux objectifs principaux. Elle visait dans un premier temps à dresser un portrait du type de contre-transfert induit par les clients présentant des caractéristiques du narcissisme pathologique chez des psychothérapeutes en formation, en tenant compte de trois dimensions du narcissisme soulignées dans la documentation scientifique (grandiose, fragile et fonctionnel exhibitionniste). Dans un deuxième temps, elle visait à explorer s'il y avait une augmentation de ce contre-transfert en cours de suivi et à dresser un portrait de ces réactions contre-transférentielles. Pour ce faire, le contre-transfert des psychothérapeutes en formation a été mesuré à deux reprises en cours de psychothérapie afin de voir si le nombre d'associations entre les différentes variables à l'étude augmentait de la 5e à la 10e séance.

Les résultats de l'étude ont ainsi permis de confirmer, empiriquement, certains types de contre-transfert observé chez des psychothérapeutes en formation en tenant compte de la dimension du narcissisme prédominante. Ainsi, il apparait que les clients présentant un plus haut niveau de narcissisme de type grandiose malin tendent à induire un contre-transfert moins positif chez les psychothérapeutes en formation. Ces derniers tendent également à se sentir critiqués. Les résultats ont de plus démontré que les clients présentant un narcissisme fragile avaient tendance à susciter chez leurs psychothérapeutes moins de sentiments protecteurs. Il apparait toutefois que certains psychothérapeutes avaient tendance à se sentir surinvestis au fil des rencontres avec ces clients. La présente étude a aussi démontré que les clients présentant un narcissisme de type fonctionnel exhibitionniste avaient tendance à induire un contre-transfert davantage positif chez leurs psychothérapeutes. Finalement, la présente étude avait pour objectif exploratoire de

vérifier si le contre-transfert des psychothérapeutes en formation allait augmenter au fil des séances, selon la dimension du narcissisme prédominante chez les clients. Les résultats obtenus n'ont répondu que partiellement à cet objectif. Il apparait tout de même que les psychothérapeutes en formation ayant des clients de type grandiose ou fragile avaient tendance à se sentir davantage désengagés au fil des séances.

Malgré le fait que le concept du narcissisme existe depuis de nombreuses décennies et l'intérêt toujours grandissant observé envers ce construit, la psychothérapie avec les individus présentant un narcissisme pathologique demeure souvent un défi pour bon nombre de psychothérapeutes entre autres, en raison du contre-transfert intense qu'ils peuvent ressentir. Malgré ce fait largement reconnu et le fait que le contre-transfert est aujourd'hui reconnu comme un outil diagnostic important, très peu d'études empiriques ont portées sur la question. Comme mentionné par Gabbard (2005), la culture occidentale moderne est devenue une culture du narcissisme. Il est donc possible de supposer que cette pathologie sera de plus en plus rencontrée dans les années à venir. Il importe donc de poursuivre les études visant à mieux définir cette problématique et ce qu'il suscite en psychothérapie, et ce, afin de mieux le diagnostiquer, le comprendre, le gérer et enfin, le traiter.

Références

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd, Texte revisé). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Atlas, G. D., & Them, M. A. (2008). Narcissism and sensitivity to criticism: A preliminary investigation. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives On Diverse Psychological Issues*, *27*(1), 62-76. doi:10.1007/s12144-008-9023-0

Banai, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). « Selfobject » needs in Kohut's self psychology : Links with attachment, self-cohesion, affect regulation, and adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, *22*(2), 224-260. doi :10.1037/0736-9735.22.2.224

Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323–333. doi:10.1037/per0000061

Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother—Infant interaction structures and presymbolic self- and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, *7*(2), 133-182.

Berkowitz, M. (1983). Know your borderline: Countertransference as a diagnostic tool. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *20*(4), 405.

Besser, A., & Priel, B. (2010). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(8), 874-902. doi:10.1521/jscp.2010.29.8.874

Betan, E., Heim, A. K., Zittel. Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 890-898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890

Blais, M, A., & Little, J. A. (2010). Toward an integrative model of narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 1*(3), 197-199. doi: 0.1037/a0020573

Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., & Westen, D. (2007). Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI. *Psychological Assessment, 19*(2), 225-229.

Britton, R. (2004). Narcissistic disorders in clinical practice. *The Journal of Analytical Psychology*, *49*(4), 477-490. doi:10.1111/j.0021-8774.2004.00479.x

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*,*28*, 638-656.

Calligor, E. (2013). Narcissism in the Psychodynamic Diagnostic Manual. Dans J. S. Ogrodniczuk (Éd), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 63-79). Washington, DC. Document repéré à http://dx.doi.org/10.1037/14041-004

Chabrol, H., Rousseau, A., Callahan, S., & Hyler, S. E. (2007). Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Personality and Individual difference, 43*(7), 1767-1776. doi:10.1016/j.paid.2007.05.015

Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(1), 46-56.

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *171*(1), 102-108.

Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C. A., & Spohn, H. (1986). An anatomy of countertransference staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol 37 (no9). 923-928.

Cooper, A. M. (2000). Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality Disorder. Dans E. F. Ronningstam (Éds), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical Implications* (pp. 53- 74). Washington DC: American Psychiatric Press.

Crisp, H., & Gabbard, G. O. (2020). Principles of psychodynamic treatment for patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *34*, 143-158.

Dahl, H.-S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does therapists disengaged feelings influence the effect of transference work? A study on countertransference: *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 462-474.

Dahl, H. S. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., Ulberg, R., & Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(3), 460–471.

Descôteaux, J., & Laverdière, O. (2019). Narcissisme normal et pathologique : Exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines. *Psychothérapies*, *39*(2), 55. doi:10.3917/psys.192.0055

Dhawan, N., Kunik, M. E., Oldham, J., & Coverdale, J. (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: A systematic review. *Comprehensive psychiatry*, *51*, 333-339.

Diamond, D., & Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, *33*(1), 115-139.

Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders, 17*(3), 188-207.

Diguer, L., Turmel, V., Brin, J., Lapointe, T., Chrétien, S., Marcoux, L.-A., Mathieu, V., & DaSilva Luis, R. (2020). Traduction et validation en Français du Pathological Narcissism Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *52*(2), 115-120.

Dimaggio, G., Fiore, D., Lysaker, P. H., Petrilli, D., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolò, G. (2006). Early narcissistic transference patterns: An exploratory single case from the perspective of dialogical self theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, *79*, 495-516.

Fauth, J. (2006). Toward more (and better) countertransference research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(1), 16.

Foster, J. D., & Campbell, W. K. (2007). Are there such things as “narcissists” in social psychology? A taxometric analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, *43*(6), 1321-1332.

Freeman, A., & Fox, S. (2013). Cognitive behavioral perspectives on the theory and treatment of the narcissistic character. Dans J. S. Ogrodniczuk (Éd), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 301-320). Washington, DC. Document repéré a http://dx.doi.org/10.1037/14041-018

Freud, S. (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. Dans B. Wolstein (Éds), *Essential papers on countertransference* (pp. 16-24). New York: University press.

Freud, S. (2013). *Pour introduire le narcissisme*. Paris : Éditions In Press. (Ouvrage original publié en 1914).

Gabbard, G. O. (1999). An overview of countertransference: Theory and technique. Dans G. O. Gabbard (Éds), *Countertransference issues in psychiatric treatment* (pp. 1-25). Washington DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (2000). Transference and Countertransference in the Treatment of Narcissistic Patients. Dans E. F. Ronningstam (Éds), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications* (pp. 125- 145). Washington DC: American psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (2005). Cluster B personality disorders: narcissistic. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4e éd). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Gabbard, G. O. (2009). Transference and Countertransference: Developments in the Treatment of Narcissistic Personality Disorder. *Psychiatric Annals, 39*(3), 129-136.

Gabbard, G. O. (2020). The role of countertransference in contemporary psychiatric treatment. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, *19*(2), 243–244. doi: 10.1002/wps.20746

Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome : An initial evaluattion. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(7), 861-867.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International journal of psycho-analysis*, *31*, 81-84.

Hilsenroth, M. J., Handler, L., & Blais, M.A. (1996). Assessment of narcissistic personality disorder : A multi-method review. *Clinical Psychology Review, 6*(7), 655-683.

Holmqvist, R. (1998). The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians feelings. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 186*(8), 455-461.

Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., Ackerman, R. A., Thomas, K. M., Morey, L.C., & Skodol, A. E. (2013). The validity of the personality diagnostic questionnaire-4 narcissistic personality disorder scale for assessing pathological grandiosity. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 274-283.

Huprich, S. K. (2014). Malignant self-regard: A self-structure enhancing the understanding of masochistic, depressive, and vulnerably narcissistic personalities. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*(5), 295–305.

Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C., & Buchholz, M. B. (2015). Countertransference as object of empirical research? *International Forum of Psychoanalysis*, *24*(2) 96-108.

Kealy, D., & Rasmussen, B. (2012). Veiled and vulnerable: The other side of grandiose narcissism. *Clinical Social Work Journal*, *40*(3), 356-365.

Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13(1), 38-56. doi: 10.1177/000306516501300102.

Kernberg, O. F. (1975). The treatment of the Narcissistic Personality. Dans Robert Langs (Éds). *Borderline conditions and Pathological Narcissism* (pp. 227-262). New York: Jason Aronson Inc.

Kernberg, O. F. (2000). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. Dans E. F. Ronningstam (Éds), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical Implications* (pp. 29- 51). Washington DC: American Psychiatric Press.

Kernberg, O. F. (2009). This issue : Narcissistic personality disorders: Part 1. *Psychiatric Annals*, *39*(3), 105-167. doi : 10.3928/00485713-20090301-04

Kernberg, O. F. (2004). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. *Agressivity, narcissism and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychology and psychotherapy of severe personality disorders* (pp. 45- 59). New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*, *95*(5), 865-888.

Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(2), 183.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology:Science and Practice*, 9, 300–311.

Kohut, H. (2009). *The Analysis of the Self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago: The University of Chicago Press. (Ouvrage original publié en 1971).

Kohut, H. (2009). *The Restoration of the Self*. Chicago: The University of Chicago Press. (Ouvrage original publié en 1977).

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

Krisan, Z., & Herlache, A. D. (2018). The narcissistic spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, *22*(1). 3-31.

Krusemark, E. A., Campbell, W. K., Crowe, M. L., & Miller, J. D. (2018). Comparing self- report measures of grandiose narcissism, vulnerable narcissism and narcissistic personality disorder in a male offender sample. *Psychological Assessment, 30*(7), 984-990.

Laplanche, J., Pontalis, J. B., (2007). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

Laverdière, O. & Descôteaux, J. (2015). Traduction francophone du Shedler-Westen Assessment Procedure -200 (SWAP-200) (document inédit), Université de Sherbrooke.

Laverdière, O. & Descôteaux, J. (2015). Traduction francophone de l'Inventaire du Narcissisme Pathologique (PNI) (document inédit), Université de Sherbrooke.

Laverdière, O., Lapointe, T., Cossette, E., Gagnon, C., Soucy-Gauthier, A., & Descôteaux, J. (en préparation). Countertransference: the impact of relational dispositions.

Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy ,49*(3), 391-403. doi: 10.1037/a0029371.

Luchner, A. F., Moser, C. J., Mirsalimi, H., & Jones, R. A. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy : Theory, Research, Pratice, Training*, *45*(1), 1-14.

Machado, D. D. B., Coelho, F. M. D. C., Giacomelli, A. D., Donassolo, M. A. L., Abitante, M. S., Dall'Agnol, T., & Eizirik, C. L. (2014). Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *36*(4), 173-185.

Maxwell, K., Donnellan, M. B., Hopwood, C. J., & Ackerman, R. A. (2011). The two faces of narcissus? An empirical comparison of the Narcissistic Personality Inventory and the Pathological Narcissism Inventory. *Personality and Individual differences, 50*(5), 577-582. doi: 10.1016/j.paid.2010.11.031

McWilliams, N. (2011). Narcissistic personalities. Dans *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process* (2e éd., pp. 176- 195). New York: The Guilford Press.

Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76, 449–476.

Miller, J. D., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(2), 170-177. doi:10.1016/j.comppsych.2006.10.003

Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., & Campbell, W. K. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of personality*, *79*(5), 1013-1042.

Miller, J. D., Lyman, D. R., Widiger, T. A., & Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: Can the five factor model adequately represent psychopathy? *Journal of personality*, *69*(2), 253-276.

Miller, J. D., & Maples, J. (2011). Trait personality models of narcissistic personality disorder, grandiose narcissism, and vulnerable narcissism. Dans W. K. Campbell, & J. D. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 71-88). New Jersey: John Wiley & Sons inc.

Miller, J. D., Price, J., Gentile, B., Lynam, D. R., & Campbell, W. K. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of interpersonnal circumplex. *Personality and individual differences*, *53*, 507- 512.

Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2013). Interpersonal problems of narcissistic patients. Dans J. S. Ogrodniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 113–127). Washington, DC: American Psychological Association. Document repéré à http://dx.doi.org/10.1037/14041-007

Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2006). Perceptions of self and others regarding pathological personality traits. Dans R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 71–111). New York: Guilford Press.

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*(3), 365-379. doi:10.1037/a0016530

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.

Pincus, A. L., & Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. Dans W. K Campbell, & J. D. Miller (Éds), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approches, Empirical findings, and Treatments* (pp. 31- 40). New Jersey: John Wiley & Sons inc.

Pulver, S. E. (1970). Narcissism: The term and the concept. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *18*(2), 319-341.

Racker, H. (1982). The meanings and uses of countertransference. *Transference and Countertransference* (pp. 127-173). London: Karnac. (Ouvrage original publié en 1968).

Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. Psychological Reports, 45(2), 590.

Ronningstam, E. F. (2000). Narcissistic personality disorder and pathological narcissism: Long-term stability and presence in Axis I disorders. Dans E. F. Ronningstam (Eds.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 375-413). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.

Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals, 39*(3), 111–121. doi: /10.3928/00485713-20090301-09

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, *17*(2), 89-99.

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorders in DSM-V- In support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 248-259. doi: 10.1521/pedi.2011.25.2.248

Ronningstam, E. (2016). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Recent research and clinical implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), 4-42. doi: 10.1007/s40473-016-0060-y

Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and Individual Differences*, *33*(3), 379-392. doi:10.1016/S0191-8869(01)00162-3

Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference : A case study. *Journal of Counseling Psychology*, *49*(2), 221-232. doi: 10.1037/0022-0167.49.2.221

Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling & Development*, *80*(3), 264-270.

Rosenthal, S. A., & Hooley, J. M. (2010). Narcissism assessment in social–personality research: Does the association between narcissism and psychological health result from a confound with self-esteem?. *Journal of Research in Personality*, *44*(4), 453-465.

Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 225-230.

Russ, E., & Shedler, J. (2013). Defining narcissistic subtypes. Dans J. S. Ogrodniczuk (Éd), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 29-43). Washington, DC. Document repéré a http://dx.doi.org/10.1037/14041-002

Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1473–1481.

Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 511–521.

Sedikides, C., Rudich, E., Gregg, A., Kumashiro, M & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy ?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 400-416.

Schwartz, R. C., & Wendling, H. M. (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: A review of empirical literature. *Psychological Reports*, *92*(2), 651-654.

Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, *48*(11), 1117-1131.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. American Journal of Psychiatry, *161*, 1350-1365.

Shultz, R. E., & Glickauf- Hughes, C. (1995). Countertransference in the treatment of pathological narcissism. *Psychotherapy*, *32*(4), 601-607.

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from de wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(7), 1033-1045.

Tanzilli, A., Colli, A., Gualco, I., & Lingiardi, V. (2018). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: Factor structure, reliability, and validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *100*, 96–106.

Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L., & Lingiardi, V. (2015). Clinician emotional response toward narcissistic patients : A preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *18*(1), 1-9. doi:10,6411/RP.2014.023.

Tanzilli, A., & Gualco, I. (2020). Clinician emotional responses and therapeutic alliance when treating adolescent patients with narcissistic personality disorder subtypes: A clinically meaningful empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, *34*, special Issue, 42-62.

Tanzilli, A., Muzi, L., Lingiardi, V., & Ronningstam, E. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: an empirical investigation. *American Psychological Association, 54*(2), 184-194.

Thomas, C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2003). Factorial structure of pathological personality as evaluated by peers. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(1), 81-91.

Tyupa, S. (2011). A theoretical framework for back-translation as a quality assessment tool. New Voices in Translation Studies, 7, 35–46.

Twenge, J. M., Konrath, S., Foster, J. D., Campbell, W. K., & Bushman, B. J. (2008). Egos inflating over time: A cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality*, *76*(4), 875-902. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00507.x

Waska, R. (2011). Striving toward useful interpretation while managing countertransference enactments: Encounters with a thick-skinned narcissistic person. *The American Journal of Psychoanalysis*, *71*, 246-263. doi: 10.1057/ajp.2011.22

Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic
clinical interview: Evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders, 17*(4), 351-69.

Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2006). Clinical assesment of pathological personality traits. *The American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1285-1287. doi : 10.1176/appi.ajp.163.7.1285

Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II: Part I. developing a clinically meaningful empirically valid assessment method. *American Journal* of *Psychiatry, 156*(2)*,* 258-272.

Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(4), 810-822. doi:10.1037/0021-843X.116.4.810

Westen, D., Schedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder
diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, *16*(5), 846-856.

Wink, P. (1991). The two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(4), 590-597.

Yang, J., McCrae, R. R., Costa, P. T., Shuaqiao, Y., Xiaoyang, D., Taisheng, C., & Beiling, G. (2000). The cross-cultural generalizability of Axis-II Constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instrument in the people's republic of China. *Journal of personality disorders, 14*(3), 249-263. doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.249

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1911-1918.

Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). *Countertransference Questionnaire*. Department of psychology and department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Emory University.Enligne
https://www.yumpu.com/en/document/view/25572641/countertransference-questionnaire-laboratory-of-personality-and-

Appendice A
Données démographiques des clients participants

Données démographiques des clients participants

Variables	Nombre de participant	Pourcentage moyen
Sexe		
Femme	30	56,6
Homme	12	28,6
Âge		40,45
Entre 20 et 30 ans	11	20,9
Entre 31 et 40 ans	13	24,7
Entre 41 et 50 ans	6	11,4
Entre 51 et 60 ans	9	17,1
Entre 61 et 70 ans	3	5,7
Statut conjugal [a]		
Célibataire	18	34
En couple	4	7,5
Conjoint de fait	7	13,2
Marié	6	11,3
Séparé/divorcé	5	9,4
Veuf	1	1,9
Revenu		
0 à 20 000	39,6	50
20 001 à 40 000	17	21,4
40 001 à 60 000	18,9	23,8
60 001 à 80 000	3,8	4,8

a= excluant données manquantes
n=42

Appendice B
Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

---

1. Votre sexe : Femme Homme

2. Votre âge : _____ ans

3. Votre statut conjugal : Célibataire
   En couple
   Conjoint de fait
   Marié(e)
   Séparé(e)/divorcé(e)
   Veuf

4. Avez-vous des enfants? Oui Non

   Si oui, combien? _____ enfants

5. Votre plus haut degré de scolarité complété : Secondaire non complété
   Secondaire
   Collégial
   Baccalauréat
   Maîtrise
   Doctorat
   Autre,

   spécifier :_____

6. Votre principale occupation actuellement (ex. : étudiant à temps plein, professeur, femme/homme au foyer, ouvrier, cadre, personnel de bureau) :

   _____

7. Votre nationalité : _____

8. Votre groupe ethnique : Blanc / Caucasien Africain / Afro-américain Hispanique / Sud-américain Asiatique Moyen Orient Premières nations

   Autre, spécifiez : _____

9. Votre revenu : De 0 à 20 000 $ De 60 001 à 80 000 $ De 20 001 à 40 000 $ De 80 001 à 100 000 $ De 40 001 à 60 000 $ 100 001 $ et plus

Appendice C
Procédure d'évaluation de Shedler-Westen (SWAP-200)

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Appendice D

Questionnaire diagnostic de la personnalité-4 (PDQ-4)

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Appendice E
Inventaire du narcissisme pathologique (PNI)

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Appendice F
Questionnaire sur le contre-transfert (CTQ)

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Section protégée par le droit d'auteur

Section protégée par le droit d’auteur

Appendice G
Formulaire de consentement client

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Personnalité et processus thérapeutiques.

Personnes responsables du projet

Olivier Laverdière, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, est responsable de ce projet. Vous pouvez rejoindre Olivier Laverdière au numéro de téléphone 819-821-8000, poste 65568, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectifs du projet

L'objectif général de l'étude est d'identifier les caractéristiques psychologiques des patients et les particularités de la relation thérapeutique associées à la continuité du traitement et aux gains thérapeutiques.

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise tout au long du suivi psychologique que vous vous apprêtez à entamer.

Dans un premier temps, vous participerez à une entrevue d'évaluation des symptômes psychologiques cliniques. Vous participerez aussi à un deuxième entretien lors duquel vous serez invité à décrire des individus importants pour vous et des interactions relationnelles. Les entrevues seront enregistrées sur vidéo et par magnétophone. Enfin, vous répondrez à des questionnaires portant sur votre fonctionnement psychologique. La durée de réalisation de ces entrevues est estimée à quatre heures, alors que pour répondre aux questionnaires, le temps requis est estimé à environ 90 minutes.

Dans un deuxième temps, à quatre reprises au cours de votre suivi psychologique, soit à la cinquième rencontre, à la dixième, à la quinzième et à la dernière, vous répondrez à des questionnaires sur votre relation avec votre thérapeute. Le temps de réponse est estimé à 30 minutes. De son côté, le thérapeute répondra aussi à des questionnaires sur cette relation. À ces moments, vous serez aussi invité à décrire vos réactions et impressions spontanées face à la relation avec votre thérapeute. Aucune exigence ne sera imposée quant au nombre de mots utilisés.

Dans un dernier temps, soit à la fin de votre suivi psychologique, vous répondrez à nouveau aux questionnaires portant sur votre fonctionnement psychologique auxquels vous aurez répondu au premier temps de la recherche.

Il est à noter que les entrevues d'évaluation seront menées par des assistants de recherche et que les renseignements recueillis par les entrevues et questionnaires ne seront pas divulgués à votre thérapeute.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche pourra être l'occasion d'une réflexion sur vous-même et votre personnalité. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant les processus thérapeutiques en lien avec la personnalité.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps et de devoir vous déplacer à l'Université de Sherbrooke. Vous répondrez à des questionnaires et des entrevues sur votre personnalité, votre fonctionnement psychologique et sur votre relation avec votre thérapeute. Le fait de réfléchir à cette relation ou sur soi ne devrait pas être différent des observations que vous faites au quotidien ou lors de votre suivi psychologique. Si vous ressentez un malaise lors de votre participation et que vous souhaitez obtenir du support, nous vous invitons à en discuter avec votre thérapeute.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui ❒ Non ❒

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements vidéo et audio, données recueillies par les entrevues et questionnaires.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code alphanumérique. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées sous clé ou dans des serveurs sécurisés et seront détruites, au moment opportun, soit par déchiquetage, soit par une procédure sécuritaire d'effacement informatique. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Enregistrement vidéo et audio

Les entrevues d'évaluation ainsi que les séances de thérapie de la cinquième, dixième, quinzième et dernière semaine de votre suivi psychologique seront enregistrées sur vidéo et par magnétophone à des fins de retranscription et d'analyses. Les enregistrements seront conservés sur un serveur sécurisé. Le fichier sera identifié par un code alphanumérique et aucune information vous concernant ne sera associée à ce fichier.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui ❒ Non ❒

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision

et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations au secrétariat du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines au numéro suivant : 819 821-8000 poste 62644, ou par courriel à: **cer_lsh@USherbrooke.ca**.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie)*, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.
Signature de la participante ou du participant : _____
Fait à _____ , le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement
(Il s'avère que, dans bien des cas, ce n'est pas le chercheur principal qui obtient le consentement du participant, mais plutôt l'assistant de recherche.)
Je, *(on écrit ici le nom de la personne qui obtient le consentement en caractères d'imprimerie)*, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____ , le _____201___

Appendice H

Formulaire de consentement psychothérapeute

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Personnalité et processus thérapeutiques.

Personnes responsables du projet

Olivier Laverdière, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, est responsable de ce projet. Vous pouvez rejoindre Olivier Laverdière au numéro de téléphone 819-821-8000, poste 65568, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectifs du projet

L'objectif général de l'étude est d'identifier les caractéristiques psychologiques des patients et les particularités de la relation thérapeutique associées à la continuité du traitement et aux gains thérapeutiques.

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise tout au long du suivi psychologique que vos clients s'apprêtent à entamer.

Dans un premier temps, votre client participera à une entrevue structurée d'évaluation des symptômes psychologiques cliniques et à un entretien lors duquel il sera invité à décrire des individus importants pour lui et des interactions relationnelles. Les entrevues seront enregistrées sur vidéo et par magnétophone. Enfin, il répondra à des questionnaires portant sur son fonctionnement psychologique. La durée de réalisation de ces entrevues est estimée à quatre heures, alors que pour répondre aux questionnaires, le temps requis est estimé à environ 90 minutes. Pour votre part, vous répondrez aussi à certains questionnaires sur vos dispositions relationnelles et affectives (attachement, alexithymie, empathie et problèmes interpersonnels). Le temps de réponse est estimé à 20 minutes.

Dans un deuxième temps, à quatre reprises au cours du suivi psychologique, soit à la cinquième séance, à la dixième, à la quinzième et à la dernière, vous répondrez à des questionnaires sur la relation thérapeutique. Le temps de réponse est estimé à 30 minutes. Votre client répondra aussi à des questionnaires sur cette relation. Vous devrez donc remettre à votre client, à la fin de ces séances, une enveloppe contenant les questionnaires qu'il vous remettra à la séance suivante, scellée. À ces temps de mesure, vous serez aussi invité, ainsi que votre client, à décrire vos réactions et impressions spontanées face à la relation thérapeutique. Aucune exigence ne sera imposée quant au nombre de mots utilisés. Enfin, ces séances seront aussi enregistrées par vidéo à fin de codifier vos interventions thérapeutiques.

Dans un dernier temps, soit à la fin du suivi psychologique, votre client répondra à nouveau aux questionnaires portant sur son fonctionnement psychologique auxquels il aura répondu au premier temps de la recherche.

Il est à noter que les entrevues d'évaluation seront menées par des assistants de recherche et que les renseignements recueillis sur votre client par les entrevues et questionnaires ne vous seront pas divulgués.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous serez invité à la décrire brièvement à vos clients. S'ils sont intéressés, vous devrez faire parvenir à un assistant de recherche les coordonnées des clients, avec leur accord, pour qu'un membre de notre équipe les contacte pour leur expliquer de façon exhaustive la teneur de leur participation. Par la suite, le suivi de recherche sera assuré par un assistant de recherche.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche pourra être l'occasion d'une réflexion sur vous-même, votre personnalité et sur les processus thérapeutiques. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant les processus thérapeutiques en lien avec la personnalité.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous répondrez à des questionnaires sur vos dispositions relationnelles et affectives ainsi que sur la relation thérapeutique. Le fait de réfléchir à cette relation ou sur soi ne devrait pas être différent des observations que vous faites au quotidien. Si vous ressentez un malaise lors de votre participation et que vous souhaitez obtenir du support, nous vous invitons à en discuter avec votre superviseur de stage.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui ❒ Non ❒

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements vidéo et audio,

données recueillies par questionnaires.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code alphanumérique. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées sous clé ou dans des serveurs sécurisés et seront détruites, au moment opportun, soit par déchiquetage, soit par une procédure sécuritaire d'effacement informatique. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Enregistrement vidéo et audio

Les séances de thérapie de la cinquième, dixième, quinzième et dernière semaine du suivi psychologique seront enregistrées sur vidéo et par magnétophone à des fins de retranscription et d'analyses. Les enregistrements seront conservés sur un serveur sécurisé. Le fichier sera identifié par un code alphanumérique et aucune information vous concernant ne sera associée à ce fichier.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à

une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui ❒ Non ❒

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations au secrétariat du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines au numéro suivant : 819 821-8000 poste 62644, ou par courriel à: **cer_lsh@USherbrooke.ca**.

Consentement libre et éclairé
Je, _____ (*nom en caractères d'imprimerie)*, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.
Signature de la participante ou du participant : _____
Fait à _____ , le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement
(Il s'avère que, dans bien des cas, ce n'est pas le chercheur principal qui obtient le consentement du participant, mais plutôt l'assistant de recherche.)

Je, *(on écrit ici le nom de la personne qui obtient le consentement en caractères d'imprimerie)*, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____ , le _____201_

Appendice I

Associations entre le PNI, le SWAP-200 et le PDQ-4

Corrélations entre le PNI, le SWAP-200 et le PDQ-4

	Dimensions du SWAP						PDQ-4
	Thérapeutes			Évaluateurs			
Dimensions du PNI	G. malin	Fragile	Fonct/exh	G. malin	Fragile	Fonct/exh	Narcissisme
Estime	0,313	0,290	-0,007	-0,141	0,234	**-0,402***	**0,492****
Exploitation	0,153	-0,013	**0,437***	-0,036	0,093	-0,064	**0,386***
Auto-valorisation par sacrifice de soi	0,112	0,070	-0,141	-0,089	0,234	**-0,385***	**0,532***
Dissimulation	0,060	0,134	-0,166	-0,309	0,124	**-0404***	**0,398****
Fantaisies de grandiosité	0,144	0,037	0,225	-0,141	0,128	-0,220	**0,508****
Dévalorisation	0,380	**0,514****	0,059	-0,175	0,261	-0,252	**0,467****
Sup. Droit	**0,452***	0,144	0,161	0,120	0,172	-0,048	**0,573****
Vulnérabilité	0,288	0,329	-0,053	-0,268	0,200	**-0,401***	**0,526****
Grandiosité	0,279	0,136	0,205	-0,066	0,193	-0,236	**0,589****
PDQ-4							
Narcissisme	**0,411***	**0,445***	0,207	0,054	0,176	0,080	

* Corrélation significative au niveau 0,05

** Corrélation significative au niveau 0,01

SWAP-200 G.Malin= Grandiose/malin

PNI Exp= exploitation, PNI Avss = autovalorisation par sacrifice de soi, PNI Diss= dissimulation, PNI Grand. = fantaisies de grandiosité, Sup. droit = Supériorité de droit, PNI Dev= dévalorisation, PNI

Appendice J

Associations entre les mesures du narcissisme et le CTQ des psychothérapeutes en formation au temps 1 et au temps 2

Corrélations entre les mesures du narcissisme et le CTQ des psychothérapeutes en formation au temps 1 et au temps 2

Mesures du narcissisme	CTQ Temps 1								CTQ Temps 2							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Dimensions du PNI																
Estime	0,230	0,140	-0,089	-0,230	-0,013	0,029	-0,218	-0,072	0,275	0,165	**-0,320***	0,033	-0,111	**0,404***	0,123	**0,456***
Exploitation	0,058	0,128	0,064	0,017	0,099	0,036	-0,202	-0,168	**0,328***	**0,325***	-0,245	-0,280	-0,254	-0,155	-0,107	**-0,488***
AVSS	0,203	0,230	0,062	-0,006	-0,034	0,018	-0,015	-0,205	0,208	0,292	**-0,305***	-0,130	-0,257	0,041	0,019	**0,708*****
Dissimulation	-0,021	-0,090	-0,219	**-0,335***	**-0,432****	**-0,329***	**-0,304***	0,176	0,073	-0,025	-0,368*	-0,162	0,032	0,283	0,054	0,229
F. grandiosité	0,138	0,145	0,048	-0,102	-0,206	-0,053	-0,208	0,028	0,158	0,202	0,053	0,049	-0,108	0,189	**0,329***	**0,529***
Déval.	0,156	0,120	-0,029	-0,194	-0,020	-0,026	-0,106	-0,080	0,132	0,237	-0,199	-0,153	**-0,312***	0,167	-0,010	**0,663****
Sup. Droit	0,291	0,233	-0,197	-0,258	-0,063	0,132	-0,286	-0,143	0,172	-0,035	-0,416*	-0,116	-0,131	0,242	0,000	**0,471***
Vulnérabilité	0,168	0,038	-0,231	**-0,318***	-0,217	-0,131	**-0,326***	0,019	0,160	0,017	**-0,466***	-0,185	-0,033	**0,371***	-0,034	**0,324***
Grandiosité	0,210	0,197	-0,001	-0,113	-0,111	-0,011	-0,232	-0,081	**0,316***	**0,362***	-0,217	-0,083	-0,165	0,128	0,175	**0,693***
Narcissisme total	0,118	0,111	-0,111	-0,224	-0,224	-0,103	**-0,324***	-0,013	0,223	0,143	**-0,397***	-0,111	-0,088	0,295	0,064	**0,573****

Corrélations entre les mesures du narcissisme et le CTQ des psychothérapeutes en formation au temps 1 et au temps 2 (suite)

Mesures du Narcissisme	CTQ temps 1								CTQ temps 2							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Dim. Du SWAP Thérapeutes																
Grand/mal.	**0,317***	-0,023	**-0,365****	**-0,377****	0,005	-0,127	**-0,345***	0,109	0,277	-0,075	0,046	0,081	-0,056	0,118	0,103	0,222
Fragile	0,123	-0,041	-0,170	-0,160	0,129	-0,179	-0,208	0,129	0,107	0,031	0,122	-0,135	-0,008	0,120	0,084	**0,393***
Fonct/exh.	0,005	0,189	0,140	-0,052	0,000	0,084	-0,005	0,137	0,162	0,084	**0,577****	0,153	**0,355***	0,111	**0,381***	0,133
Évaluateurs																
Grand/mal.	0,051	-0,189	-0,261	-0,124	0,123	-0,097	-0,249	-0,139	-0,112	**-0,344***	-0,136	-0,033	0,018	-0,128	0,100	0,112
Fragile	-0,120	-0,257	-0,291	-0,057	-0,125	**-0,453****	**0,352***	-0,032	-0,037	-0,188	**-0,307***	0,019	-0,022	-0,071	0,048	0,285
Fonc/exh.	0,036	0,056	0,105	-0,107	0,260	0,166	-0,130	-0,078	**-0,345***	**-0,342***	**0,608****	0,090	0,173	0,053	0,178	**-0,349***
PDQ-4																
Narcissisme	**0,364***	0,257	0,208	0,139	0,114	0,146	-0,126	-0,039	0,130	0,070	0,160	0,102	-0,258	0,274	0,193	0,239

* Corrélation supérieure à 0,03
** Corrélation significative au niveau 0,05
*** Corrélation significative au niveau 0,01
PNI Avss = autovalorisation par sacrifice de soi, PNI Grandiosité = fantaisies de grandiosité, Sup.Droit = Supériorité de droit, PNI Deval= Dévalorisation ; Dim du SWAP = dimension du SWAP, SWAP Grand/mal. = Grandiose/malin, SWAP Exh=exhibitionniste/fonctionnel
CTQ 1= critiqué, 2=inadéquat, 3=positif, 4=protecteur, 5=submergé, 6= surinvesti, 7=sexualisé, 8=désengagée