

Réflexions sur le traitement basé sur la mentalisation ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique

Reflections on mentalization-based treatment and its adaptation for men presenting a narcissistic personality disorder and a not otherwise specified personality disorder

Jean-François Cherrier

Volume 38, Number 1, Spring 2013

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1019195ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1019195ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cherrier, J.-F. (2013). Réflexions sur le traitement basé sur la mentalisation ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 243–258. <https://doi.org/10.7202/1019195ar>

Article abstract

Narcissistic personality disorder (NPD) and not otherwise specified personality disorder (borderline and narcissistic) are major mental health problems for men. These pathologies predispose patients to significant relational difficulties which are characterised by intense reactions to perceived threats to the self-esteem and an impaired empathic ability. Understanding these disorders as affect dysregulation stimulated by shame, the author presents how patients in this context are prone to lose their capacity to mentalize. This article describes a specific individual and group mentalization-based treatment and its implementation for treating narcissistic men. Different reflections on the treatment, on empathy, as well as on the adaptation of this treatment for NPD patients are presented and illustrated with clinical vignettes.

Réflexions sur le traitement basé sur la mentalisation ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique

Jean-François Cherrier^a

RÉSUMÉ Le trouble de la personnalité narcissique (TPN) et le trouble de la personnalité mixte (limite et narcissique) sont de sérieux problèmes de santé mentale chez les hommes. Ces pathologies sont notamment caractérisées par des réactions intenses à une menace perçue de l'estime de soi et une capacité compromise à être empathique, ce qui prédispose à des difficultés relationnelles importantes. Considérant aussi ces troubles de la personnalité comme étant des troubles de la régulation affective, l'auteur illustre comment la dysrégulation affective stimulée par l'émergence de la honte engendre une perte de la capacité de mentaliser. Cet article présente la mise en place de même qu'une description d'un traitement individuel et de groupe basé sur la mentalisation pour hommes narcissiques. Différentes réflexions sur le traitement, sur l'empathie, ainsi que l'adaptation de cette approche pour des patients vivant avec un TPN sont faites et sont illustrées par des vignettes cliniques.

MOTS CLÉS mentalisation, trouble de la personnalité narcissique, trouble de la personnalité mixte, groupe, homme

Reflections on mentalization-based treatment and its adaptation for men presenting a narcissistic personality disorder and a not otherwise specified personality disorder

ABSTRACT Narcissistic personality disorder (NPD) and not otherwise specified personality disorder (borderline and narcissistic) are major mental health problems for men. These pathologies predispose patients to significant relational difficulties which are characterised by intense reactions to perceived threats to the self-esteem and an impaired empathic ability. Understanding these disorders as affect dysregulation stimulated by shame, the author presents how patients in this context

a. M.S.S., travailleur social, psychothérapeute, Programme des troubles relationnels et de la personnalité, Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

are prone to lose their capacity to mentalize. This article describes a specific individual and group mentalization-based treatment and its implementation for treating narcissistic men. Different reflections on the treatment, on empathy, as well as on the adaptation of this treatment for NPD patients are presented and illustrated with clinical vignettes.

KEYWORDS mentalization, narcissistic personality disorder, not otherwise specified personality disorder, group, man

Le Programme des troubles relationnels et de la personnalité (PTRP) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal offre un traitement psychothérapeutique à des personnes vivant avec des troubles de la personnalité du groupe B tels que définis dans le DSM-IV (troubles de la personnalité antisociale, histrionique, narcissique et limite). Pour cette clientèle, nous avons mis en place diverses approches plus spécifiquement éprouvées dans le traitement du trouble de la personnalité limite, soit le traitement basé sur la mentalisation et la thérapie dialectique comportementale. Cependant, une partie croissante des patients qui sont dirigés vers le Programme sont des hommes qui vivent des difficultés importantes en lien avec des enjeux sur le plan de l'estime de soi et qui peuvent avoir un diagnostic de personnalité mixte (limite et narcissique) ou encore un trouble franc de la personnalité narcissique (TPN). Cette psychopathologie complexe s'avère primordiale à traiter en raison de l'importance des problèmes personnels et interpersonnels qu'elle engendre. Beaucoup d'individus présentant des problématiques narcissiques peuvent laisser paraître une indifférence face à leur situation ou une apparence de contrôle. Toutefois, plusieurs d'entre eux souffrent sur le plan identitaire, sur le plan de la régulation de l'estime de soi, de même qu'en ce qui a trait à la régulation affective. Pour Miller *et al.* (2007), cette condition est un style mal adapté de la personnalité qui cause principalement des dysfonctions et de la détresse dans le domaine interpersonnel (Miller, Campbell et Pilkonis, 2007, p. 174). De plus, les impacts quant au travail sont nombreux (Penny et Spector, 2002, p. 131), sans compter les conséquences que ce trouble de la personnalité peut avoir sur les plans organisationnel et sociétal (Volkan et Fowler, 2009, p. 221).

La rencontre de patients narcissiques en établissement psychiatrique est assez fréquente. Ils viennent chercher de l'aide pour les raisons

suivantes: «lors de crises précipitées par un échec personnel ou une perte, à cause d'un ultimatum posé par la famille, l'employeur ou le système légal, et parce que le patient a un désir de changer» (traduction libre de Ronningstam, 2011b, p. 93-94). Au PTRP, plusieurs hommes sont intéressés par l'offre de services qu'est l'hôpital de jour et s'accrochent à l'aspect intensif (92 heures de thérapie en 8 semaines) de ce type de thérapie qui met l'accent sur le travail par objectifs, l'introspection, l'acquisition d'habiletés interpersonnelles, et ce, dans le cadre d'un traitement basé sur la mentalisation. L'hôpital de jour est souvent considéré comme un tremplin qui leur permettra de retourner à leur vie active. Pour l'équipe traitante, ce type de thérapie présente l'avantage de favoriser l'alliance stimulée par l'intensité, la durée du séjour et l'accompagnement soutenant qui est offert au patient dans ce processus thérapeutique qui est plus souvent perçu comme étant «dangereux», intrusif et évaluatif par les clients ayant une fragilité narcissique. Mais que faire afin de préserver l'alliance émergente gagnée lors du séjour à l'Hôpital de jour et de permettre aux patients de poursuivre une démarche psychothérapeutique? Notre réponse a été d'offrir après l'hôpital de jour un traitement en clinique externe basé sur la mentalisation, donné par deux des thérapeutes de l'hôpital de jour. Cette thérapie est constituée de rencontres de groupe hebdomadaires de 90 minutes, auxquelles sont associées des rencontres individuelles bihebdomadaires. Les rencontres individuelles ont pour buts de stimuler l'adhérence au traitement, potentialiser le travail fait en groupe, faciliter la participation active, stimuler la mentalisation et formuler la problématique. La durée de ce traitement peut varier de deux à trois ans et est réévaluée avec le patient tous les cinq mois, soit à chaque début de nouvelles sessions de thérapie. L'expérience nous a démontré que ce type de traitement s'avère pertinent pour les patients souffrant d'un TPN, car il oriente leur attention sur des réalités et enjeux centraux aux problématiques interpersonnelles vécues par ces individus. Ce rapport clinique décrit l'utilisation que nous avons faite du traitement basé sur la mentalisation ainsi que l'adaptation qui a dû être effectuée pour le traitement de cette clientèle spécifique. De plus, nous portons une attention sur le processus thérapeutique en nous penchant plus précisément sur les réactions intenses aux menaces perçues de l'estime de soi et la capacité compromise de ces patients à être empathiques. Des vignettes sont présentées afin d'illustrer les thèmes amenés.

Le traitement

Le choix de l'approche basée sur la mentalisation

Nous avons observé que plusieurs patients ayant un TPN réagissent par des attitudes défensives, tel le mépris face à la psychoéducation. Cela semble associable à la position d'apprentissage qui peut être perçue comme invalidante et qui incite la grande majorité de ces patients à abandonner cette modalité de suivi. Ainsi, le processus en mentalisation peut paraître plus subtil, complexe et approprié; il permet *in vivo* d'acquérir des habiletés relationnelles tout en aidant l'individu à mieux se connaître et à mieux comprendre ses états mentaux, attitudes et comportements en interaction. Le but de ce type de thérapie est de stimuler la mentalisation dans l'interaction. Bien que plus spécifiquement proposée pour le traitement du trouble de la personnalité limite, la mentalisation permet d'aborder différentes problématiques également partagées avec le TPN, telles que l'impulsivité, la colère, l'intolérance à différents affects qui mène fréquemment à la dysrégulation affective, l'utilisation d'un faux self et la perte de la capacité à mentaliser. La mentalisation réfère à la capacité spontanée qu'ont les gens de « faire du sens » de leur expérience, mais aussi de tenter de mieux comprendre l'expérience de l'autre de même que ses actions qui sont basées sur ses états d'âme, ses désirs, ses besoins, ses sentiments et ses croyances (Bateman et Fonagy, 2012). En effet, « lorsque nous mentalisons, nous avons le sentiment d'un meilleur ajustement face à nous-même, un sentiment de contrôle de nos comportements » (traduction libre de Allen, Bleiberg et Haslam-Hopwood, 2003, p. 2). Ainsi, ce type de traitement s'avère, selon nous, une bonne façon de stimuler les patients à mieux prendre contact avec leur self tout en tentant de dissocier celui-ci du faux self.

La modalité de groupe

Il est vrai que la modalité de groupe peut accentuer l'inconfort relié à l'évaluation de la valeur de la personne, ce qui s'avère fréquemment intolérable pour le patient ayant un TPN. De plus, « la plupart des patients ont tendance à vivre d'importantes peurs et de l'anxiété face au groupe et peuvent fréquemment répondre à ce type de traitement en régressant sur le plan de leurs capacités à mentaliser » (traduction libre de Bateman et Fonagy, 2012, p. 85). Toutefois, les avantages de ce type de traitement sont aussi éloquentes, car comme le nomment Allen *et al.* : « Nous nous sentons affirmé et validé lorsque nous remarquons

que les autres ont notre esprit à l'esprit, que nous ne sommes pas seul. Nous ne nous sentons pas seulement entendu et compris, mais senti. Nous connectons au travers d'une mentalisation réciproque » (traduction libre de Allen *et al.*, 2003, p. 3), et cela représente un atout incomparable de l'interaction stimulée en groupe.

Les groupes hebdomadaires de mentalisation implicite sont des groupes fermés de sept patients animés par deux thérapeutes, un homme et une femme ; cela garde la présence du sexe opposé et semble réduire le clivage parfois fait entre les sexes. De plus, la relation harmonieuse et soucieuse des intervenants peut aussi servir d'exemple. Dans ce type particulier de thérapie, il est rapidement dit aux patients que tous vont de temps à autre perdre leur capacité à mentaliser dans le groupe et que cela inclut aussi les thérapeutes. Bateman et Fonagy mentionnent spécifiquement que la responsabilité « thérapeutique » est commune à tous les membres du groupe, car ceux-ci doivent « identifier les moments où ils perdent leur capacité à mentaliser, explorer ces moments et tenter de les comprendre, ce qui les aide à retrouver leur habileté à penser et à sentir. Le processus même de travailler avec ce type de difficulté serait un mécanisme curatif du groupe » (traduction libre de Bateman et Fonagy, 2012, p. 88). En fait, cela rejoint la vision du « développement du self au travers de l'interaction » telle que comprise par Brown (1994, p. 83). Celui-ci explique ce développement du self en trois points, soit : premièrement, en découvrant la façon que nous avons d'être en relation en termes de « monde interne et de relation d'objet » ; deuxièmement, en comprenant comment nos expériences enracinées dans le passé peuvent se transformer en de nouvelles expériences plus flexibles dans « l'ici et le maintenant » ; et troisièmement, en apprenant à nous accorder aux autres, « faire sens » de qui nous sommes et de nos expériences.

De plus, ce type de thérapie a l'avantage incontournable de ne pas remettre toute la responsabilité du test de la réalité aux thérapeutes, mais de partager cette responsabilité en groupe. Ainsi, le groupe « s'autostimule et s'entraide » à mentaliser, à nuancer, à voir les choses autrement, à sortir de ses convictions.

La perte de la capacité à mentaliser et les moyens pour la retrouver

La perte de la capacité à mentaliser s'illustre fréquemment chez les personnes ayant un TPN par ce que Bateman et Fonagy nomment comme étant de l'équivalence psychique (Bateman et Fonagy, 2006),

qui est caractérisée par la forte conviction d'avoir raison. Ainsi, ce qui est dans l'esprit (réalité mentale) du patient devient « l'équivalent » d'une réalité extérieure, et cela mène à une intolérance aux hypothèses alternatives. D'autre part, les croyances quant aux autres peuvent être perçues comme la réalité, et la recherche d'hypothèses alternatives pour comprendre les intentions de l'autre est dans ce mode très difficile. Une exploration de différentes hypothèses a lieu, mais celle-ci sert davantage à confirmer les convictions de la personne. Par ailleurs, le mode de pseudo-mentalisation (Bateman et Fonagy, 2006) s'avère aussi fréquent chez les patients ayant un TPN, qui peuvent présenter un discours vide de sens et non relié aux émotions et aux pensées. Il est aussi possible de noter une discordance entre les affects et le discours, de même qu'une présence concomitante de croyances diamétralement opposées. En fait, le patient peut, dans ce mode, être tenté de rechercher des évidences dans le monde extérieur pour appuyer son discours, mais elles sont fréquemment aléatoires, complexes, détaillées et anecdotiques. Nous avons remarqué que les patients ayant un TPN peuvent utiliser ces modes de « prémentalisation » afin d'éviter l'affect associé à certaines situations vécues et de préserver l'image d'une personne qui travaille activement en thérapie.

Pour faciliter le retour de la capacité à mentaliser, Bateman et Fonagy précisent qu'il est important que le thérapeute reste actif en stimulant le travail d'exploration des esprits dans le groupe et qu'il ne laisse pas celui-ci se gérer lui-même. Lorsque cette exploration se fait ou que les patients sortent des modes de prémentalisation, il est avisé d'encourager les efforts réalisés, mais aussi de souligner les moments où le groupe, malgré lui, régresse et que tous les membres pensent la même chose et présentent les mêmes convictions sur un sujet, ce qui traduit une perte de la capacité à mentaliser. Les stéréotypes et le fait de tirer des conclusions trop hâtives peuvent s'avérer fréquents en groupe, et c'est une des tâches incontournables du thérapeute que de ralentir le processus et peut-être de revenir en arrière dans la séance pour mieux voir ce qui se passe en groupe et ce qui a pu amener celui-ci à perdre sa capacité à mentaliser (inspiré de Bateman et Fonagy, 2012). Les thérapeutes doivent de plus réussir à équilibrer leur rôle de gardien du cadre tout en maintenant une position de curiosité enjouée, ce que Bateman et Fonagy appellent « une véritable position authentique de questionnement » (traduction libre du « not knowing stance », Allen et Fonagy, 2006; Allen, Fonagy et Bateman, 2008; Bateman et Fonagy, 2004, 2006, 2012), c'est-à-dire une position concernée et curieuse sur

le contenu de l'esprit des membres du groupe et sur l'influence que cela peut avoir sur leurs comportements. Les interprétations sont amenées en tant qu'hypothèses, et l'exploration au travers de questions est continuellement stimulée afin d'aider les patients à mieux se comprendre et à développer une empathie et une curiosité face à leurs pairs.

Le processus thérapeutique

Le narcissisme

Dans l'ensemble de la littérature, beaucoup d'écrivains se concentrent sur les comportements de mise en valeur, de dominance, d'arrogance, de recherche de pouvoir, de même que sur les patterns de grandiosité des patients ayant un TPN. Cependant, « la présentation de ces individus, lorsqu'ils cherchent et reçoivent un traitement dans un contexte clinique, peut être très différente » (traduction libre de Ronningstam, 2011b, p. 89). Il y a selon nous un manque de représentation dans les écrits des réactions narcissiques que sont la détresse, l'insécurité et l'hypersensibilité. Dans le cadre de notre pratique, nous remarquons l'importance de la souffrance des hommes avec qui nous travaillons, mais plus spécifiquement l'importance des difficultés de régulation affective de l'expérience de honte et de fierté. Ces patients utilisent certes la mise en valeur, l'arrogance, la dominance et l'indifférence, mais ils peuvent aussi réagir par un retrait apathique, de la dysphorie, une faible tolérance à la frustration, une poussée agressive ou encore de l'anxiété. L'expérience subjective du patient s'avère, selon nous, habituellement très complexe, s'élabore bien au-delà des critères mis de l'avant dans le DSM-IV et devrait être conceptualisée de façon plus large et approfondie. Nous comprenons ce type de réaction comme étant le résultat d'une variation dans l'hypersensibilité face à la valeur personnelle et au statut de cette clientèle qui présente, selon Shore, « un trouble de la régulation affective » (Shore, 2008 p. 225). L'auteur précise d'ailleurs que « du point de vue du narcissisme, lorsqu'un trait indésirable se trouve soudainement exposé (à soi ou aux autres), il en résulte, en escalade, une réaction incontrôlable de honte, et la personnalité se retrouve sans mécanisme adéquat de régulation affective qui permettrait de moduler cet état affectif douloureux » (Shore, 2008, p. 225). Ainsi nous comprenons, comme le formule Delisle (2011), que le trouble narcissique est un trouble de la régulation des affects que sont la honte, la rage, l'envie et le mépris associés à l'estime de soi (Gilles

Delisle, 2011), des affects fréquemment dysrégulés et qui inhibent la capacité à mentaliser.

Partant de ces prémisses, nous percevons, comme Ronningstam (2011), que les individus ayant un TPN souffrent principalement d'une estime de soi vulnérable et variable qui fluctue au gré des expériences vécues et des affects qui en découlent. Pour l'auteur, la variabilité est évidente dans la présence d'un spectre allant d'une confiance surestimée, d'un sentiment de supériorité, d'une assurance à un sentiment d'infériorité et une insécurité. L'auteur propose une description alternative des traits/facettes associables au TPN qui prend davantage compte de la variation de l'estime de soi. Ainsi, pour Ronningstam, le TPN est défini par « la grandiosité, les réactions intenses à une menace perçue de l'estime de soi, les comportements de mise en valeur dans les contacts interpersonnels, les comportements cupides/intéressés au sein des relations interpersonnelles, l'évitement, l'agressivité, le perfectionnisme et la capacité compromise à être empathique » (traduction libre de Ronningstam, 2011, p. 254). C'est sur cette conception des traits de personnalité narcissique que nous sommes intervenu, mais rapidement dans le processus, notre attention s'est plus particulièrement orientée vers deux facettes qui se sont avérées incontournables dans le processus thérapeutique, soit les réactions intenses à une menace perçue de l'estime de soi et la capacité compromise à être empathique. Abordons à présent les éléments spécifiques à ces deux concepts que nous illustrons par différentes vignettes cliniques.

Les réactions intenses à une menace perçue de l'estime de soi

Les réactions intenses à une menace perçue de l'estime de soi ont souvent été au centre de nos préoccupations, et ce, tout au long du processus thérapeutique. Ce type de réactions s'est surtout manifesté de deux façons, soit dans les comportements de mise en valeur ou encore dans l'évitement. En effet, il est difficile de trouver comment échapper à l'omniprésence d'une dynamique de comparaison et d'évaluation de la valeur personnelle dans un groupe d'hommes narcissiques. Ce type de réactions peut grandement affecter la cohésion du groupe, qui est l'équivalent de l'alliance thérapeutique en intervention individuelle. Ces réactions ont pris la forme, dans le groupe ici observé, de plusieurs monologues se succédant, groupe après groupe, qui évoquaient les différentes réussites hebdomadaires (comportements de mise en valeur), alors que les patients devaient rapporter des situations qu'ils avaient de la difficulté à comprendre et qui avaient pour but

d'illustrer leur fonctionnement psychique. D'autre part, une autre réaction aux menaces perçues à l'estime de soi fut le réflexe de plusieurs membres du groupe de vouloir se préserver, ce qui pouvait les amener en début de processus à éviter la confrontation entre eux et parfois à percevoir les thérapeutes comme menaçants.

Le défi de stimuler la mentalisation dans ce contexte était de taille, mais avec de la patience et de la ténacité, nous nous sommes efforcé de faire attention à tout ce qui pouvait surstimuler ce que nous nommons le « système de critique », qui, lorsqu'activé, mène fréquemment à une dysrégulation affective liée à la honte et altère grandement la capacité à mentaliser. Ainsi l'une de nos intentions est de valider les stratégies utilisées plutôt que de confronter, et ce, afin d'avoir un peu plus accès au self qui se déploie dans un environnement se voulant sécuritaire.

Vignette

Monsieur A. explore à quoi lui sert « son narcissisme ». Il dit que cette position l'amène à se sentir meilleur que les autres, moins anxieux, moins triste, qu'elle lui permet d'éviter le sentiment d'échec et le désespoir; en fait, qu'elle l'amène à se sentir bien... Ainsi, avec ce qu'il vit face à la garde de sa fille, il comprend qu'il se monte une stratégie législative (pour retrouver la garde de sa fille) qu'il présente avec fierté en groupe et qui est associable à « son narcissisme », afin de se permettre de moins vivre des réactions affectives qu'il verbalise comme étant la peur et le fait d'avoir l'impression de se faire dominer.

De plus, nous devons veiller à « qualifier » le moins souvent possible ce qui était rapporté par le patient et plutôt démontrer l'intérêt réel que nous avons pour l'expérience de celui-ci. La vignette qui suit représente bien certaines maladresses qu'il était important d'éviter.

Vignette

Après cinq mois de thérapie, monsieur B. se présente au programme pour une de ses rencontres individuelles. Nous préparant pour la rencontre, nous faisons le bilan de sa dernière session de thérapie et en venons à la conclusion qu'il semble plus facilement retrouver sa capacité à mentaliser en groupe et en rencontre individuelle, mais c'est surtout le fait qu'il semble plus fréquemment se questionner sur son fonctionnement mental à l'extérieur des rencontres qui nous donne l'impression qu'il progresse en thérapie. Ainsi, vers la fin de la rencontre où monsieur B. nous a fait part d'une rechute qu'il a eue quant à son impulsivité (monsieur B. avait

empoigné un chauffeur de taxi qui lui avait barré la route), nous « croyons bon » de lui faire part de ce que nous avons évalué précédemment comme étant des avancées sur le plan thérapeutique. Recevant nos observations, monsieur B. se campe dans une argumentation à l'effet qu'il ne se pose « jamais » de questions sur son fonctionnement mental et qu'il ne pense « jamais » au groupe pendant la semaine. Ce ne sera que trois mois plus tard que nous pourrons aborder son rapport à l'évaluation ou ce qu'il comprend comme des critiques en évoquant l'hypothèse qu'il peut avoir l'impression que les gens sont souvent sévères à son égard ou injustes, ce qui le dysrégule et l'amène à perdre sa capacité à mentaliser lorsqu'on l'évalue.

Il nous est donc apparu évident que l'évaluation (positive ou négative) est vécue par ce patient comme une expérience invalidante qui réactive le fait de ne pas avoir été vu comme il est, ce qui stimule le « système de critique » et l'amène à perdre sa capacité à prendre en compte notre perception ou encore considérer nos hypothèses. Il était en ce sens plus important de laisser le patient faire ses propres interprétations et d'accepter que les nôtres puissent s'avérer terriblement décevantes. Ainsi, lors de ces moments, il est utile d'adopter ce que Bateman et Fonagy nomment comme étant une position de « non-expert » (Bateman et Fonagy, 2004, 2006, 2012), car cela peut nous donner la chance d'inciter le patient à nous expliquer son désaccord, valider sa déception de se retrouver avec un thérapeute qui ne le comprend pas, et se rapprocher de l'expérience subjective de celui-ci, ce qui aide à la restauration de l'alliance. « En tentant le moins possible d'exposer les patients à la critique et en réitérant de façon répétitive la validation de l'expérience, nous incitons les hommes avec qui nous travaillons à ce qu'ils se reconnaissent et que cela soit plus tolérable de se voir dans toute leur complexité » (Lecomte, 2012).

En fait, il faut que le patient se permette de passer d'un contrôle rigide à un contrôle plus flexible sur ce que l'on peut ici comprendre comme étant une régulation du self et de l'estime de soi. Pour Ronningstam (2010), le « contrôle interne » est une fonction psychologique qui sert à maintenir un sens interne de maîtrise, de cohésion, de pouvoir, d'unicité et de suffisance (Ronningstam, 2010, p. 71), ce qui s'apparente au concept de cohésion du self tel que compris par Kohut. Pour ce dernier, la cohésion du self est centrale au fonctionnement narcissique, ce qui implique de tenter de garder une impression de contrôle sur une peur sous-jacente de perte de contrôle interne (Kohut, 1971, p. 118-119, 128). Pour Ronningstam (2010), la peur de perdre le

contrôle peut être déclenchée par des expériences internes ou externes, et ce, surtout en ce qui a trait au besoin d'être suffisant et lorsque le patient devient envahi par la honte et la peur engendrer par la menace perçue de l'estime de soi (Ronningstam, 2010, p. 71). Ainsi, il nous faut être attentif à ce type d'expérience subjective qui s'avère fréquente en processus thérapeutique et régulière en groupe.

Dans l'ensemble, « il est essentiel de reconnaître l'aspect protecteur du fonctionnement narcissique de l'individu afin de préserver le sentiment de contrôle interne et le maintien de l'estime de soi » (traduction libre de Ronningstam, 2010, p. 73).

La capacité compromise à être empathique

Les observations cliniques des patients narcissiques nous amènent à penser que ceux-ci peuvent comprendre et décrire la réalité de leurs pairs de façon à utiliser cela à leurs propres fins, mais ils présentent moins d'intérêt à se relier de façon émotionnelle et authentique. Ritter *et al.* (2010) ont évalué ce qu'ils ont différencié comme étant la « fonction empathique cognitive » et la « fonction empathique émotionnelle », chez des patients ayant reçu un diagnostic de TPN. Pour l'« empathie cognitive », les auteurs se réfèrent à la définition de Baron-Cohen et Wheelwright (2004) qui conçoivent ce concept comme étant l'habileté à se représenter les états mentaux de l'autre de même que sa perspective. Pour ce qui est de l'« empathie émotionnelle », Ritter *et al.* (2010) se basent sur la description de la réponse émotionnelle du patient ayant un TPN qui est confronté à l'état émotionnel d'une autre personne (Mehrabian et Epstein, 1972 et Eisenberg et Miller, 1987, cités dans Ritter *et al.*, 2010, p. 2). Cette équipe est arrivée à la conclusion que malgré un déficit dans l'empathie émotionnelle, l'empathie cognitive demeure intacte (Ritter *et al.*, 2009, p. 5). Ainsi, il est important de travailler au déploiement de l'empathie émotionnelle, ce que nous avons tenté de faire en stimulant la curiosité, l'intérêt face à l'autre ; en développant une meilleure compréhension de la distinction entre soi et l'autre et en stimulant les patients à moins se centrer sur eux-mêmes, ce qui peut avoir un impact sur les comportements cupides/intéressés au sein des relations interpersonnelles. Ce travail, qui fut grandement facilité par la modalité de groupe, se reflète de différentes manières. En voici une illustration.

Vignette

Monsieur A. annonce, dans l'une des premières rencontres de groupe, qu'il « se fiche des autres membres du groupe », si ce n'est que pour l'utilité que ceux-ci pourraient avoir dans son traitement. En effet, le patient pouvait, en début de processus thérapeutique, nous donner l'impression de s'affilier à certains, s'opposer à d'autres et suivre la thérapie afin que sa famille comprenne qu'il faisait des efforts. Cependant, les mois se succédant, le patient semble s'attacher à ce qu'il nomme comme étant « sa gang » et montre un intérêt qui nous apparaît réel pour les autres. Après six mois de thérapie, le patient semble moins s'investir de façon cupide ou intéressée, et nous l'incitons à tenter de comprendre sa réaction initiale. Cela mène à la corédaction suivante de sa formulation (écrit qui s'élabore en entrevues individuelles et qui a pour but de résumer une compréhension conjointe de la problématique du patient): « Vous dites haïr l'affront, et ce, plus spécifiquement alors que vous estimez la personne de qui il vient. Pour ne pas trop être affecté, il vous arrive de dire que “vous vous fichez des autres”, ce qui est une bonne façon de ne pas avoir à confronter l'impact qu'ils pourraient avoir sur vous. Ainsi, la peur de vous attacher aux membres du groupe, mais surtout d'être confronté en groupe, a pu influencer la façon dont vous vous êtes présenté en début de processus. »

Nous avançons qu'à des moments où l'estime de soi n'est pas mise en péril, le patient ayant un TPN peut correctement faire preuve d'empathie cognitive, et nous croyons que le traitement basé sur la mentalisation de même que la dynamique de groupe accentuent l'empathie émotionnelle, dans le sens où celle-ci se fait au travers de l'interaction *in vivo* et sur un plan plus affectif. Ainsi, tenter de comprendre la réalité des autres membres du groupe en s'intéressant à eux et en les questionnant sur les situations amenées tout en évitant de simplement se projeter, stimule globalement l'empathie, selon nous. Mais c'est surtout à travers le développement des relations avec les autres membres du groupe et le fait d'être concernés/affectés par ce que les autres vivent et ressentent que nous croyons que le patient fait un travail actif sur le plan de l'empathie émotionnelle. Cela a un impact potentiellement favorable dans la diminution des comportements cupides/intéressés au sein de ses relations interpersonnelles.

« Fréquemment, en groupe, le patient narcissique a de la difficulté à partager le temps de parole, et certains membres peuvent juger la pertinence d'une rencontre en fonction du temps qui leur a été consacré dans le groupe » (traduction libre de Yalom, 2005, p. 422). Abordant

uniquement une ou deux situations par groupe, la majorité des membres ne présentent souvent aucune situation personnelle lors d'une rencontre de thérapie et doivent s'exercer à s'intéresser à celles des autres. La vignette suivante illustre bien ce que peuvent vivre les patients dans ce type de contexte.

Vignette

Monsieur C. présente une moins bonne assiduité après six mois de thérapie. Or, un règlement stipule qu'à la suite de deux absences consécutives, le patient doit rencontrer ses thérapeutes afin de réintégrer le groupe et nous remarquons que monsieur C. ne se présente qu'à une rencontre sur deux depuis quelque temps. Dans le groupe, alors que monsieur C. est absent, les autres membres nomment comment celui-ci ne vient que pour présenter ses situations et qu'il s'absente alors que ce serait logiquement au tour de quelqu'un d'autre de prendre la parole. Un jour, monsieur C. nomme qu'il pense abandonner le groupe car il trouve les histoires des autres membres déprimantes et redondantes, ce qui l'amène à croire qu'il devrait « se nourrir de plus de positif afin de mieux se porter ». Assez rapidement, le groupe se tourne vers monsieur C. pour lui dire qu'il raconte lui aussi toujours les mêmes histoires bien que cela fasse partie de la thérapie, et qu'il prend beaucoup de temps de parole, sans compter qu'il est souvent absent et que cela dérange. Peu après cette rencontre, monsieur C. choisit de ne plus se présenter à sa thérapie et fait rapidement ses adieux au groupe. Quelque temps plus tard, après avoir vécu différents conflits interpersonnels, monsieur C. décide de réintégrer la modalité thérapeutique, et ce, en sachant que revenir dans le groupe ne pourra se faire que s'il est prêt à assister régulièrement aux rencontres et à tenter de s'intéresser davantage à la réalité de ses pairs, de les soutenir et de les écouter. À son retour, monsieur C. témoigne plus d'intérêt et de curiosité face au groupe, qui semble pour lui moins menaçant.

Ainsi, la modalité de groupe l'obligeant, le fait de devoir partager le temps et de réaliser que cela est difficile s'avère thérapeutique, car cet effort prédispose à sortir d'une position égocentrique tout en stimulant l'expérience de l'empathie émotionnelle.

Conclusions

Dans l'ensemble, nous comprenons que cette expérience de traitement basé sur la mentalisation s'avère une avenue pertinente pour les personnes vivant avec un trouble mixte (limite et narcissique) ou un TPN.

Les préoccupations centrales de ce type de thérapie, c'est-à-dire de stimuler la capacité de « garder son esprit et celui de ses pairs à l'esprit » (Bateman et Fonagy, 2004, 2006, 2012), sont, selon nous, non seulement pertinentes, mais essentielles à la régulation affective de la honte, de la peur, de la rage, du mépris et de l'envie ainsi qu'au développement de l'empathie chez les personnes souffrant d'un TPN. Toutefois, une attention spécifique doit être portée afin d'éviter de surstimuler le « système de critique » lors du traitement du TPN, et cela dévie du modèle, tel que compris par Bateman et Fonagy, qui oriente surtout son attention sur la surstimulation du système d'attachement. Il est donc essentiel de mettre l'accent sur la validation de l'expérience subjective du patient de même que sur la validation de l'expérience d'être dans le groupe, d'observer les comportements de mise en valeur, d'introduire des consignes d'interaction adaptées aux patients ayant un TPN et d'être constamment centré sur l'expérience de régulation de l'estime de soi et de la honte. Enfin, la durée de ce type de traitement nous apparaît centrale dans ce processus. Ainsi, alors que nous offrons un traitement en mentalisation d'une moyenne de deux ans pour les personnes vivant avec un trouble de la personnalité limite, il nous semble que ce type de traitement sera vraisemblablement plus long avec une clientèle ayant un TPN, et que les avancées thérapeutiques se font plus lentement étant donné le temps dont nous avons besoin afin de stimuler une alliance significative.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions spécialement remercier notre cothérapeute, madame Samia Saadi, infirmière clinicienne, et le chef médical, le Dr Pierre David, psychiatre, qui ont travaillé à la mise en place de ce projet pilote. De plus, ces deux collègues de même que monsieur Conrad Lecomte, Ph.D., psychologue et superviseur personnel, ont tous grandement contribué aux pistes de réflexion qui ont été illustrées ci-haut.

RÉFÉRENCES

- ALLEN, J. G., BLEIBERG, E., HASSLAM-HOPWOOD, G. T. G. (2003). *Mentalizing as a Compass for Treatment*, The Menninger Clinic, Houston, TX.
- ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, John Wiley & Sons, Ltd, UK.

- BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, UK, Oxford University Press.
- BATEMAN, A. W., FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, Mentalization-Based Treatment*, Oxford Medical Publications, UK.
- BROWN, G. G. (1994). *Self development through subjective interaction: A fresh look at «ego training in action»*, in *The Psyche and the Social World*. Edited by Brown D. G., Zinkin L. London, Routledge, p. 80-98.
- DELISLE, G. (2011). *Narcissisme et estime de soi: aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie*, Présentation faite en mai 2011 à Montréal.
- KEALY D., OGRODNICZUK, J. S. (2011). Narcissistic interpersonal problems in clinical practice, *Harvard Review of Psychiatry*, 19(6), p. 290-301.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self*, *International Universities Press*, New York.
- LECOMTE, C. (2012). Lors de supervisions professionnelles.
- MERTENS, W. H. J. (2011). Narcissistic Personality Disorder as an Intrapsychic Trajectory to Real Self-Love: A Case Report, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 91-98
- MILLER, J. D., CAMPBELL, W. K. et PILKONIS, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: Relation with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170-177.
- PENNY, L. et SPECTOR, P. (2002). Narcissism and counterproductive behaviour: Do bigger egos mean bigger problems? *International Journal of Selection and Assessment*, 10, 126-134.
- RITTER, K., DZIOBEK, I., PREIESLER, S., RÜTER, A., VAER, A., FYDRICH, T., LAMMERS, C. H., HEEKEREN, H. R. et ROEPKE, S. (2010). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry res.*, doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.013.
- RONNINGSTAM, E., GUNDERSON, J. et LYONS, M. (1995). Changes in pathological narcissism, *American Journal of Psychiatry*, 152, 253-257.
- RONNINGSTAM, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder in DSM V – In support of retaining a significant Diagnosis, *Journal of Personality Disorder*, 25(2), 248-259.
- RONNINGSTAM, E. (2011b). Narcissistic Personality Disorder: A Clinical Perspective. *J Psychiatry Pract*, 17, 89-99.
- RONNINGSTAM, E. (2010). Narcissistic Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 68-75.
- SCHORE, A. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Les éditions du CIG, Montréal.

VOLKAN, V. D. et FOWLER, J. C. (2009). Large group narcissism and political leaders with narcissistic personality organisation. *Psychiatric Annals*, 39(4), Special Issue: Narcissistic Personality Disorders: Part 2, p. 214-222.

YALOM, I. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5^e édition, Basic Books, New York.