

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
VÉRONIQUE MURRAY

LES ENJEUX INTRAPSYCHIQUES ET L'INTERVENTION AUPRÈS  
D'INDIVIDUS PSYCHOPATHES : RÉFLEXION THÉORIQUE ET CLINIQUE

SEPTEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# **UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

Suzanne Léveillée, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Suzanne Léveillée, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Louis Brunet, Ph.D.

Université du Québec à Montréal

## **Sommaire**

La psychopathie est un phénomène qui s'explique par différents points de vue et amène des divergences au plan de la conceptualisation théorique. Nous avons choisi d'explorer les conceptions théoriques provenant d'auteurs ayant une approche psychanalytique de cette question. Ainsi, l'objectif est de clarifier les concepts pour y apporter un regard plus précis et détaillé. Diverses banques de données ont été consultées, employant des critères de recherche et des mots-clés précis. Ces concepts décrivant la psychopathie nous renseignent sur les enjeux intrapsychiques concernant l'identité, la relation d'objet, l'angoisse, les mécanismes de défense ainsi que les limites et le rapport à la réalité. D'autre part, ces mêmes auteurs se sont penchés sur les stratégies d'intervention auprès de cette clientèle complexe, principalement rencontrée en milieu carcéral. Plusieurs points de référence émergent de la littérature et l'information est regroupée en thèmes; soit le cadre, le double-cadre employé en institution, l'arrêt d'agir, la création du psychisme (Balier & Lemaître, 2001), les modalités de transfert et le contre-transfert, puis les contre-indications au traitement. Une section de synthèse et d'approfondissement est consacrée aux liens possibles entre la théorie existante, les éléments concordants ainsi que les disparités. Cet essai vise à mieux comprendre les écrits psychanalytiques sur les enjeux intrapsychiques de la psychopathie et en faire une synthèse cohérente, concise, qui rassemble les principaux éléments descriptifs propres à chaque auteur.

## **Table des matières**

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
La psychopathie à travers la nosographie historique .....	3
Ampleur du phénomène .....	8
Objectifs et méthodologie .....	9
Questions de recherche .....	10
Méthode .....	10
Chapitre 1. Approfondissement des conceptualisations théoriques .....	12
Compréhension du trouble .....	14
L'identité et la relation d'objet .....	17
Angoisse.....	22
Mécanismes de défense.....	23
Limites et Rapport à la réalité .....	29
Chapitre 2. Les principes de base et les balises d'intervention selon divers auteurs.	
Les impacts liés à cette organisation .....	31
Le dispositif du cadre et ses particularités .....	33
Le double cadre .....	36
L'arrêt d'agir .....	37
Création du psychisme .....	39

Le transfert et le contre-transfert.....	42
Certaines contre-indications.....	46
Chapitre 3. Compréhension des enjeux intrapsychiques et critique des écrits .....	48
Continuum de gravité et particularités du traitement.....	52
Conclusion .....	61
Références .....	64
Appendice A. Items de la PCL-R.....	70
Appendice B. Description du caractère psychopathique (Bergeret, 1996) .....	72

## **Liste des tableaux**

### Tableau

1	Comparaison de la compréhension du trouble .....	15
2	Comparaison des interventions .....	33

## **Remerciements**

Je souhaite témoigner tout mon respect et mon admiration à ma directrice, Mme Suzanne Léveillée, Ph.D., qui a été constamment présente, faisant de mon parcours un cheminement gratifiant et particulièrement instructif. Merci pour votre intérêt sincère ainsi que le partage enthousiaste de vos connaissances d'une grande expertise. Je souhaite exprimer aussi ma reconnaissance envers Mme Daniela Wiethaeuper, Ph.D. et M. Louis Brunet, Ph.D. qui ont accepté de **participer au jury de correction.**

Je tiens à remercier mes amies et collègues, Mme Claudia Savard et Mme Marie Chabot, qui ont chaleureusement manifesté leurs encouragements et leur écoute. Merci aussi à mes collègues du CHUL, qui se sont vivement intéressés à ce sujet, disponibles et à l'écoute pour les nouvelles découvertes.

Un grand merci à toute ma famille qui m'a toujours supporté dans mes études, en particulier mes parents, Roch et Francine, puis ma belle-mère Diane, qui ont si généreusement organisé leur quotidien autour de Jeanne. Merci mille fois de votre aide et de votre présence auprès de votre petite-fille, afin que je puisse disposer d'un temps précieux.

Enfin, merci à Louis, mon merveilleux conjoint, disponible, attentif, qui a toujours su m'épauler dans les moments cruciaux. Merci ma petite famille, j'ai puisé dans votre présence l'énergie et l'inspiration pour terminer ces études.

## **Introduction**

La psychopathie est une psychopathologie qui suscite un intérêt morbide, un attrait de l'insaisissable pour plusieurs. L'angle dans lequel cette problématique est souvent explorée contribue sûrement à générer cette fascination. Il existe toutefois une facette plus sobre, étayant la vie psychique empreinte de désolation des psychopathes. Les explications théoriques détiennent un sens qui guide vers une compréhension dynamique captivante et enrichissante. Autant les gestes destructeurs sont parfois flamboyants et terrorisants, autant le monde interne de ces patients est froid, vide et lacunaire. La mécanique avec laquelle s'articulent ces deux pôles ne peut qu'être qualifiée de complexe. Le thérapeute s'avançant en ces terres doit être triplement averti et travailler avec nuance, vigilance et délicatesse et surtout en équipe! Les enjeux transféro-contre-transférientiels détiennent des particularités et une dimension violente, passionnelle, dans lesquels il est possible de perdre de vue l'essence même de la psychothérapie, d'une façon insoupçonnée. Ceci rappelle sans cesse que ces individus ne sont pas dotés de pouvoirs particuliers, mais bien de lacunes qui les amènent à poser des gestes visant à contrôler, détruire la relation et anéantir son prochain.

Ce trouble est identifiable par le manque d'empathie, les démonstrations d'agressivité interpersonnelle et l'incapacité à établir des relations d'objet, puis ultimement à une déshumanisation de l'autre. Du point de vue psychiatrique, la description de ce trouble se base sur l'observation d'un ensemble de comportements

problématiques. Hare, Neumann et Widiger (2012) décrivent d'ailleurs la symptomatologie :

La psychopathie réfère à des dispositions à charmer, manipuler et exploiter impitoyablement les autres. Les individus psychopathiques ont une carence concernant la conscience et les sentiments vécus par les autres; ils prennent égoïstement ce qu'ils veulent et font ce qui leur plaît sans la moindre culpabilité ou regret. [traduction libre] (p. 478)

Cette définition récente est le fruit de nombreuses années d'élaboration et de recherche visant à circonscrire la psychopathie. Depuis plusieurs décennies, les manifestations violentes et abusives de ce type d'individu suscitent l'intérêt des chercheurs.

### **La psychopathie à travers la nosographie historique**

Les premiers écrits qui élaborent le concept de psychopathie datent du début du XIX<sup>e</sup> siècle. Pinel, dans son traité de 1801, nomme cet état « Manie raisonnante », dans une tentative de traduire et d'identifier l'ensemble des actes impulsifs de nature violente, « ...sans aucune illusion de l'imaginaire... » (Senon, 2005, p. 9). En 1812, d'autres auteurs tels que Rush et Prichard, orientent leurs observations sur les comportements problématiques. La description de ces agissements concerne principalement l'impulsivité et l'agressivité, l'escroquerie, un sens moral douteux, puis de présenter une propension à utiliser un charme superficiel pour obtenir l'objet convoité (Senon, 2005). Aichhorn (1925/1973) formule déjà une compréhension éclairée sur les comportements de nature antisociale. Il cible des éléments importants qui caractérisent les difficultés en lien avec le narcissisme pathologique et mentionne que le principe de plaisir est investi

de façon excessive, par rapport aux exigences de la réalité. Aichhorn indique qu'il s'agit de l'instance du Moi, dominé par un Moi Idéal puissant, n'est pas en mesure d'apposer un frein devant l'action, et l'autocritique des faits et gestes est absente.

Freud (1933/1985) n'a pas directement abordé la question de la psychopathie, mais propose une compréhension des comportements criminels et l'accomplissement de délit. L'implication du sentiment de culpabilité est, pour Freud, inhérent à ces comportements. La culpabilité d'origine inconsciente peut ainsi être apaisée par une transgression de la loi et ainsi d'y donner sens. Ce questionnement se rapporte principalement aux comportements de nature criminelle, n'étant pas l'objet même de la psychopathie. Dans ses premiers écrits, Freud (1916) émet une réflexion au sujet des individus qui présentent une absence d'inhibition morale. Il aborde brièvement ce phénomène qu'il considère comme peu fréquent. Il observe que certains individus n'éprouvent aucune culpabilité et posent des gestes contre la société, puis se sentent légitimés dans leur droit d'agir de cette manière. Il attribue cela à une faiblesse des mécanismes surmoïques, c'est-à-dire que ces individus se sentent justifiés de poser des actions insensées au plan comportemental, sans qu'il n'y ait apparence d'un conflit interne visant à réfréner l'agir délictueux.

En 1933, Kraepelin (cité dans Senon, 2005) recommande une différenciation au plan des catégories diagnostiques. Il précise l'existence d'une distinction entre psychopathe et perturbateur, ce qui s'avère être encore pertinent aujourd'hui. Après cette

période, les travaux autour de la conception de cette problématique figurent entre déséquilibre et « sociopathie », s'interrogeant principalement à propos des comportements instables et violents.

Ce n'est qu'à partir de 1941 que Cleckley (1955), fondateur de la conception toujours actuelle de la psychopathie, décrit principalement ce qu'il nomme la personnalité psychopathique par des caractéristiques liées à la réponse émotionnelle et la mise à l'écart systématique des affects. Il définit que cet état de déséquilibre est, le plus souvent, masqué par une apparente santé mentale. Dans le même ordre d'idée, Schneider (1955) explique le déséquilibre psychopathique comme une anormalité de la personnalité, ceci se traduisant par une capacité déficiente à ressentir adéquatement une émotion et y apporter une réponse cohérente, générant sans cesse des conflits dans toutes les situations. D'après lui, cette caractéristique semble émerger précocement dans l'existence.

L'outil diagnostic le plus connu à cet effet est la *Psychopathy Check-List- Revised* (PCL-R) de Hare (2003), sa première version datant de 1980. Par une entrevue semi-structurée, des renseignements biographiques en chronologie, tant sur le parcours professionnel, familial, conjugal et criminel, de même que sur le style d'interaction interpersonnel sont obtenus. Cet outil diagnostic met au premier plan des caractéristiques indispensables. Toutefois, Balier (2006) émet une critique en raison des résultats descriptifs, parfois approximatifs, de cette mesure. Il explique cela par l'emploi

du cadre de classification psychiatrique, ne permettant pas d'élargir une compréhension du trouble et de se référer à un autre schème explicatif. L'Appendice A présente les 20 items de la PCL-R, dont deux sous-facteurs regroupent d'une part, les items à composante narcissique et d'autre part, les items concernant les comportements antisociaux.

Les deux sous-facteurs, soit les facteurs primaire et secondaire, tels que conceptualisés par Hare (1991) et s'étayent sur les construits de narcissisme et d'antisocialité. Il considère que la psychopathie primaire est principalement liée à ce qui a trait à des caractéristiques de personnalité, soit le contrôle omnipotent, l'utilisation de l'autre pour parvenir à ses propres fins, l'absence de sentiment de culpabilité, ainsi que la surestimation de sa valeur et ses capacités. La psychopathie secondaire se réfère davantage aux comportements chaotiques, impulsifs, aux actions traduisant une transgression généralisée des normes sociales.

La compréhension de la psychopathie secondaire, soit le facteur comportemental, semble interchangeable avec le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale. Les caractéristiques de ce trouble, décrites dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), correspondent à un style empreint de mépris, de même que des comportements traduisant une atteinte aux droits et au bien-être d'autrui. Ainsi, les définitions du facteur comportemental et du trouble de personnalité antisociale sont connexes, au sens où elles visent la description des comportements destructeurs, ayant

un impact sur autrui et s'attaquant à la collectivité. D'après Ogloff (2006), les critères du trouble de la personnalité antisociale décrits dans le DSM-IV-TR<sup>1</sup> (APA, 2000) sont davantage associés aux comportements criminels. Il précise que ces critères ne peuvent être appliqués, ni ne sont une extension au diagnostic de psychopathie. Toutefois, cet auteur considère que les critères de la personnalité dissociale, retrouvé dans le CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1990) seraient représentatifs du concept s'approchant de la psychopathie diagnostiquée au sens de la PCL-R (Hare, 2003).

Stone (2009), clarifie quelques aspects descriptifs de la psychopathie et distingue ce concept du sadisme et de la malice au sens de l'intentionnalité des gestes posés (préméditation versus impulsivité). Il décrit que le plaisir éprouvé à blesser, humilier et contrôler l'autre est lié au sadisme, ces caractéristiques sont considérées par Stone comme étant parfois indépendantes de la psychopathie. Autrement dit, il est possible de présenter des signes de sadisme sans être psychopathe et inversement. Il conçoit un tableau de gradation de la gravité de la « malveillance » de gestes criminels posés, en fonction de traits et de catégories d'organisation psychiques, entre autres la psychopathie parfois intriquée du sadisme. Il utilise la conceptualisation à deux facteurs de Hare, avec les critères de la PCL-R pour identifier la psychopathie.

---

<sup>1</sup> La définition du trouble de personnalité antisociale retrouvée dans le DSM-IV-TR est identique à celle du DSM-5.

Ces quelques éléments historiques rassemblent les conceptualisations les plus connues jusqu'à présent. Toutefois, cet essai s'intéresse spécifiquement aux travaux psychanalytiques et psychodynamiques concernant la psychopathie.

### **Ampleur du phénomène**

Plusieurs études estiment la prévalence de psychopathie chez des détenus en milieu carcéral. Coid, Yang, Ulrich, Roberts et Hare (2009) mentionnent que 7,7 % des prisonniers de sexe masculin, ainsi que 27 % des auteurs d'homicide en Grande-Bretagne présentent les caractéristiques de la psychopathie. En Belgique, Pham (1998) estime à environ 5 à 10 % d'individus psychopathes dans la population carcérale. Toutefois, la proportion dans la population générale apparaît plus ambiguë à déterminer, notamment en raison de la variété des construits mais aussi par la difficulté à établir un consensus quant au concept global. Malgré tout, Neumann et Hare (2008) estiment cette donnée à 1,2 % de la population des États-Unis. D'autres auteurs, tels que Savard, Sabourin et Lussier (2006) ont établi autour de 13,6 % la prévalence d'hommes présentant des traits psychopathiques sévères, dans un échantillonnage de la population normale québécoise<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Mesuré à partir du *Self-Report Psychopathy Scale* (Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995), ce questionnaire de 26 items est une forme adaptée à partir des deux facettes de la psychopathie primaire et secondaire de la PCL-R (Hare, 1991). Toutefois, la manière de mesurer ce concept diffère d'une entrevue clinique, puisqu'il s'agit de résultats auto-rapportés.

## Objectifs et méthodologie

Les auteurs de la psychiatrie moderne font état d'un phénomène s'apparentant à la psychopathie, mais dont les conceptualisations divergent. Cette notion, d'hier à aujourd'hui, comporte plusieurs descriptions diverses, mais aucun consensus n'est clairement établi dans la littérature. L'objectif de cet essai est de rassembler les conceptualisations existantes sous l'angle psychodynamique et psychanalytique, afin de favoriser une meilleure compréhension de la psychopathie, à la fois générale et plus précise.

Le choix des concepts théoriques se focalise sur les enjeux intrapsychiques des psychopathes. Les auteurs sélectionnés proposent certaines spécificités propres à chacun dans l'élaboration de leur compréhension. L'observation de ces conceptions permet de constater certaines disparités. Ainsi, la comparaison entre les éléments vise à clarifier les concepts pour y apporter un regard plus précis et détaillé.

La première partie regroupe les diverses conceptualisations de la psychopathie ainsi que la comparaison des enjeux psychiques tels qu'actuellement établis par les auteurs contemporains. La deuxième partie approfondit la question de la symptomatologie, de l'incarcération, du traitement et des modalités d'intervention auprès des individus psychopathes. La troisième partie porte sur une argumentation critique de la littérature, puis aborde ensuite le continuum de gravité de la psychopathie ainsi que les

particularités du traitement avec ces patients. Finalement, nous évoquons quelques perspectives d'avenir pour terminer ce travail.

De ce fait, les questions de recherche qui alimentent le sujet de cet essai sur le concept de psychopathie sont formulées telles qu'indiquées dans la section suivante.

### **Questions de recherche**

Les deux premières questions de recherche sont liées à la première partie de l'essai, tandis que les questions 3 et 4 sont reliées à la deuxième partie.

- 1- « Quels sont les enjeux intrapsychiques liés à la psychopathie selon les principaux auteurs psychodynamiques? »
- 2- « Quelles sont les convergences et les disparités observées entre les auteurs, selon leurs conceptions théoriques psychanalytiques? »
- 3- « Quelles interventions sont possibles auprès de ces individus? »
- 4- « Quelles sont les contre-indications à distinguer préalablement à l'instauration d'un traitement? »

### **Méthode**

Afin de répondre à ces questions, diverses bases de données ont été consultées : Cairn, Medline, Psycfirst, Psycinfo, Elsevier, APA. Ainsi, un relevé de la littérature est établi et les principaux auteurs d'orientation psychodynamique sont ciblés. La sélection des textes a été effectuée en fonction des écrits des auteurs traitant d'une théorisation des

enjeux intrapsychiques de la psychopathie. Les articles et les livres sélectionnés devaient répondre aux critères suivants : 1- Définition de la psychopathie; 2- Orientation psychanalytique ou cadre de référence psychodynamique; et 3- Compréhension théorique du trouble. Les écrits portant sur la perversion sexuelle ont été exclus, de même que ceux sur la criminalité au sens large.

Les mots clés employés : *psychopathy, aggressiveness, criminologie, perversité, diagnosis, prevalence, violent behaviors, antisocial, narcissistic, borderline personality disorder, psychanalytic theory.*

## **Chapitre 1**

### Approfondissement des conceptualisations théoriques

À travers la recension des écrits, les concepts concernant la psychopathie divergent sur quelques points. Ceci complexifie l'intégration d'un seul et même concept de référence. En effet, l'énumération de comportements, que cela traduise de l'agressivité ou de la violence indirecte comme la tromperie, sont notoires, mais insuffisants pour se référer à un diagnostic précis faisant le consensus entre psychopathie, personnalité antisociale et personnalité narcissique. Par exemple, Paulhus et Williams (2002) font ressortir une triade de personnalité composée des concepts de machiavélisme, de narcissisme et de psychopathie. Ces concepts possèdent tous, à différents degrés, un caractère malveillant, une tendance à agir dans le but de promouvoir leur propre personne, la froideur émotionnelle, l'hypocrisie, la tromperie et l'agressivité. Ces caractéristiques constituent une forme de guide diagnostique, mais nous remarquons que plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de la psychopathie, à d'autres degrés. En effet, les écrits psychanalytiques recensés (Balier, Bergeret, Casoni & Brunet, Chartier, Coutanceau, Kernberg, Meloy, Racamier, Zagury & Assouline,) abordent le trouble psychopathique au sens psychanalytique. Leur compréhension illustre une manière différente de saisir les enjeux intrapsychiques des individus psychopathes et fourni par ailleurs un guide clinique étayant l'exercice évaluatif et l'intervention.

## Compréhension du trouble

Selon la littérature consultée, cette psychopathologie porte plusieurs noms : psychopathies (Balier, 1988), psychopathe (Chartier, 2007; Meloy, 2000), sujet transgressif (Coutanceau, 1992), perversion de caractère<sup>1</sup> (Bergeret, 1996), personnalité antisociale<sup>2</sup> (Kernberg, 1989), délinquant habituel<sup>3</sup> (Casoni & Brunet, 2003) pôle psychopathique (Zagury & Assouline, 2008) et pervers narcissique (Racamier, 2012).

L'information est organisée en quatre thèmes. Nous convenons que chaque auteur possède une vision théorique qui lui est propre et distincte. Toutefois, nous avons regroupé les éléments-clés qui apparaissent communs. Ainsi, certaines perspectives théoriques sont, dans l'ensemble, fort différentes, mais sur certains points précis, partagent des aires communes. Le but de cette présentation est de favoriser l'association des concepts similaires et d'en dégager un portrait tout en tenant compte des détails essentiels. Les disparités et les similitudes sont ensuite comparées dans le Tableau 1. Les thèmes abordés sont : l'identité et la relation d'objet, l'angoisse, les mécanismes de défense, les limites et le rapport à la réalité.

---

<sup>1</sup> Concernant l'apport de Bergeret, deux concepts semblables sont abordés et décrits, le caractère psychopathique et la perversion de caractère. Il appert utile de les départager puisqu'ils peuvent être confondants. La perversion de caractère correspond davantage au sujet de cet essai. Le caractère psychopathique est illustré à l'Appendice B.

<sup>2</sup> Nous observons que Kernberg inclut la personnalité antisociale, considérée comme l'équivalent de la psychopathie, dans la définition globale de la personnalité narcissique. En effet, certains enjeux sont connexes, notamment en ce qui a trait à l'angoisse, aux mécanismes de défense et au rapport à la réalité. C'est pour cette raison que nous emploierons le thème global des pathologies du narcissisme pour traiter de ces enjeux.

<sup>3</sup> Casoni et Brunet conviennent que ce ne sont pas tous les agirs délictueux qui sont associés à la psychodynamique du délinquant. Ils emploient le terme de Mailloix (1971), pour décrire les individus possédant un mode relationnel particulier, dont les caractéristiques s'apparentent à la psychopathie.

Tableau 1  
*Comparaison de la compréhension du trouble*

	Balier	Coutanceau	Bergeret	Meloy	Kernberg	Chartier	Casoni et Brunet	Zagury et Assouline	Racamier
Années	1988-2006	1992	1996	2000	1997-2004	2003-2007	2003	2008	2012
Dénomination	Psychopathies	Sujet transgressif	Perversion de caractère	Psychopathe	Personnalité antisociale	Psychopathe	Délinquant habituel	Pôle psychopathique	Pervers narcissique
Identité	Moi comprimé et idéal, Surmoi au service de l'idéal (cptmts destructeurs)	Vulnérabilité du Moi et du Surmoi	Moi partiel et défaillant, Surmoi inefficace	Identité défaillante, Ø construction du Surmoi, imitation & emprunt identitaire, Soi grandiose	Soi idéal grandiose et pathologique, développement échoué du Surmoi	Surmoi archaïque cruel et destructeur	Surmoi faible, soumis au Moi idéal. Moi influencé par le Moi idéal	Défaillance dans l'identité, hypersensibilité aux autres, insensibilité à soi-même	Surmoi insuffisant, emprunt identitaire
Relation d'objet	Différenciation ardue des objets internes et externes	Archaïque, toute-puissante, emprise sur l'autre, dynamique sadomasochiste	Relation pervertie, utilisation de l'objet,	Échec d'internalisation Soi + objet, dévalorisation aggressive, envie, avidité	Agressivité syntone au Moi, « style épique », dépendance à la gratification	Carencée	Envie, Déni du besoin de l'autre, déni de l'existence de l'objet Rupture du lien d'attachement	Envie inconsciente	Exploitation, déni de l'altérité
Angoisse	Abandon		Angoisse dépressive	Persécution et annihilation		Persécution	Abandon	Abandon	Vide, Dépression

Tableau 1  
*Comparaison de la compréhension du trouble (suite)*

	Balier	Coutanceau	Bergeret	Meloy	Kernberg	Chartier	Casoni et Brunet	Zagury et Assouline	Racamier
Années	1988-2006	1992	1996	2000	1997-2004	2003-2007	2003	2008	2012
Mécanisme de défense	Identification projective, clivage, déni de l'altérité, recours à l'acte	Clivage et déni	Déni de l'altérité	« <i>jouissance dédaigneuse</i> », envie et avidité, dévalorisation agressive, ennui, clivage, dissociation, déni.	Dévalorisation, identification projective, grandiosité, omnipotence, pseudo-sublimation, clivage, déni, idéalisation	Déni, délit, défi.	Déni, Clivage, projection, mépris, triomphe, contrôle	Contrôle omnipotent, sadisme, clivage massif	Narcissisme pervers, déni, dévalorisation
Pulsions	Agressive (violence et destruction)	Pas d'étayage pulsionnel	Aggressive	Libidinale ou aggressive		Désintriquée, aggressive	Aggressive	De mort	
Limites	Confuses et fragiles		Floues	Soi et objet condensés ou déplacés	Envahi par processus primaires	Aménagement maniaco-dépressif	Confuses, sentiment de persécution	Absence de sentiment de continuité interne	Floues, avec l'impression du contraire
Rapport à la réalité	Menace de la psychose, mais préservé		Préservé		Potentiel de régression psychotique		Attaché à la réalité, soumis au principe de plaisir, influencé par projection	Préservé	

## L'identité et la relation d'objet

Il s'agit maintenant d'analyser la position identitaire décrite par les auteurs ainsi que le rapport à l'autre, fort complexe et empreint de particularités, qu'il s'avère capital de connaître et d'identifier. Ces deux concepts sont interdépendants, c'est pour cette raison qu'ils sont présentés sous un thème commun.

L'identité est représentée, pour certains auteurs, par un Moi comprimé et soumis à la recherche d'un idéal impossible à atteindre. Le Surmoi est au service de cet idéal et impliqué dans les agissements destructeurs et criminels (Balier, 1988; Chartier, 2006a). Coutanceau (1992) et Bergeret (1996) décrivent la faiblesse de l'identité, le Moi étant archaïque, partiel, constamment menacé et facilement blessé et le Surmoi inefficace. Racamier (2012) précise d'ailleurs que le Surmoi serait insuffisant à apposer une censure interne. Coutanceau situe le Surmoi dans une dynamique sadomasochiste, maltraitant l'autre et à la fois soi-même, n'éprouvant pas de culpabilité, mais plutôt de la honte. L'identité serait fondée sur l'apparence, alimentée par la mythomanie et l'imposture (Racamier, 2012). Afin de pallier à ces failles, l'usage de l'imitation et l'emprunt identitaire sont au premier plan. Zagury et Assouline (2008) précisent qu'il est possible, pour ce type d'individu, de saisir dans les moindres subtilités le fonctionnement de l'autre, alors que de façon inverse, il demeure sourd à son propre monde interne.

Pour plusieurs auteurs, l'identité est défaillante et correspond à une vision amplifiée et surenchérie de Soi (Kernberg, 1995, 1997; Meloy, 2000; Zagury & Assouline, 2008). La construction d'un Surmoi est impossible, l'identité se trouvant desservie par un narcissisme pathologique. De plus, il y a échec dans l'internalisation de la représentation de Soi<sup>1</sup> (Kohut, 1971) et de l'objet. Kernberg (1975) convient que le concept de Soi constitue une sous-structure du Moi. Ce concept se divise entre deux pôles, le Soi réel, empreint d'aspects décevant et imparfaits donc inacceptables, et le Soi idéal, qui s'alimente par une perception grandiose de sa propre valeur, s'accompagnant d'une dévalorisation du monde externe. Kernberg (1989) catégorise la personnalité antisociale comme la plus grave des pathologies du Surmoi. Cette catégorie est associée à la psychopathie, en raison des défaillances profondes d'intériorisation de tout sens moral ainsi qu'une incapacité à créer une relation et s'attacher. Ces critères distinguent la personnalité antisociale de la catégorie appelée narcissisme malin. En effet, le narcissisme malin selon Kernberg (1989), décrit des individus capables de mentir et tromper, ainsi que d'utiliser les autres pour parvenir à leurs fins, parfois même d'une manière agressive. Ces individus présentent des caractéristiques d'antisocialité et recherchent quasi-systématiquement un triomphe omnipotent, afin de lutter contre l'envie (Diamond & Yeomans, 2008). Toutefois, ce triomphe grandiose ainsi que l'utilisation de l'autre apparaissent moins sévères que dans la personnalité antisociale,

---

<sup>1</sup> Selon Heinz Kohut (1971) le Soi est une structure psychique empreinte de vécu instinctif qui n'est pas une instance. Cette structure fait partie de l'appareil mental, coexiste en partie dans le conscient et l'inconscient. Le Soi grandiose est archaïque et Meloy (2000) ajoute que le psychopathe n'a pas accès à la vision d'ensemble de son propre Soi grandiose qui demeure inconscient, mais seulement à ses représentations idéales, tant pour lui-même que pour l'objet.

puisque ces individus sont capables d'une certaine honnêteté, surtout lorsqu'ils sont impliqués dans des relations ne comportant pas de valence affective (Kernberg, 1989).

En ce sens, Casoni et Brunet (2003) élaborent la dynamique interne du délinquant, caractérisée par un Surmoi inefficient, s'articulant avec le Moi idéal et s'y soumettant. En d'autres termes, plus le Moi idéal est surinvesti, moins le Surmoi est en mesure de fournir la valence répressive habituellement attendue de cette instance, puis le Moi s'identifie ainsi aux exigences irréalistes et grandioses du Moi idéal. Ainsi, l'identité du délinquant et de l'individu antisocial de Kernberg (1989) partagent les mêmes qualificatifs attribués au Surmoi, qui semble faible et assujetti aux velléités d'un idéal impitoyable et irréaliste. Ces caractéristiques sont bien sûr indissociables de la relation à l'autre, dans une dimension teintée par cet idéal.

Selon Balier (1988), la relation d'objet est influencée par une fragilité des limites et une différenciation ardue des objets internes et externes. La distinction entre soi et l'objet est superficielle et les représentations internes sont pauvres, quasi-inexistantes (Coutanceau, 1992; Meloy, 2000). De plus, Balier (2006) élabore un aspect important de la clinique du recours à l'acte et identifie l'agir comme une *stratégie identitaire* (p. 552). L'agir est indifférencié de son auteur et constitue la seule manière d'exister et d'interagir de l'individu. Autrement dit, le psychopathe ressent et éprouve son existence seulement lorsqu'il met en acte des comportements déniant l'existence, l'altérité ou le narcissisme de l'autre, ce qui correspond à la définition de la notion de perversité ou perversion de

caractère chez Bergeret (1996). Racamier (2012) précise que cette façon d'être procure un plaisir significatif à se valoriser au détriment de l'autre en abusant, parasitant, dupant; en somme, tout ce qui peut contribuer à consolider un narcissisme déjà très pathologique. Le délinquant, selon Casoni et Brunet (2003), recherche dans ses relations d'objet les occasions de répondre à ses besoins et désirs, cette satisfaction pouvant même être atteinte aux dépens de l'autre.

Certains auteurs précisent que la relation d'objet se centre autour de la recherche de fusion au service du prolongement de la grandiosité du Soi (Kohut, 1971), l'emprise sur l'autre subvient au sentiment de manque (Bergeret, 1996; Coutanceau, 1992; Meloy, 2000) et qu'un perpétuel combat est mené contre la nécessité et l'attrait vers l'objet (Casoni & Brunet, 2003; Racamier, 2012). Ceci peut aussi être compris comme une dépendance à la gratification provenant des autres, malgré une sérieuse méfiance relationnelle (Casoni & Brunet, 2003; Kernberg, 1997). La relation se caractérise par un appauvrissement généralisé dû au manque d'empathie et est dépourvue d'intérêt sincère (Chartier, 2006b; Kernberg, 1997; Meloy, 2000). Casoni et Brunet (2003) évoquent le « processus de désidentification » (p. 150) caractérisant la relation chez le délinquant de type psychopathe, au sens où toute forme de violence est permise puisque l'identification à l'autre semble systématiquement évitée. L'individu délinquant se défend contre toute forme d'identification, car cela comporte une dimension empathique et relationnelle envers l'objet. Les représentations de soi et des autres sont déformées, désarticulées et isolées des affects, puis la représentation de soi est idéalisée. Ainsi, la

dévalorisation agressive a pour rôle de subtiliser le sens de toutes relations, ceci étant mobilisé pour lutter contre le sentiment d'avidité et d'envie (Casoni & Brunet, 2003; Chartier, 2006a; Kernberg, 1997; Meloy, 2000; Zagury & Assouline, 2008). Kernberg (1998) rapporte aussi que le rapport à l'autre est parfois teinté d'un style cognitif particulier, le « *style épique* » (p. 388). Ce style est caractérisé par un discours empreint de modifications plus ou moins apparentes des faits, une attitude séductrice et une propension aux comportements impulsifs.

En résumé, le point de vue de ces auteurs converge, surtout en ce qui a trait à l'identité. L'ensemble des auteurs conçoit l'identité du psychopathe comme étant sise par un Moi fragile et faible, puis d'un Surmoi impitoyable guidé par un Idéal irréaliste avec des visées collatérales destructrices. Par contre, le Surmoi peut être défini différemment au sens où ce serait une instance qui est inefficace ou carrément inexistante (Bergeret, 1996; Casoni & Brunet, 2003; Kernberg, 1997; Meloy, 2000). Par ailleurs, l'identité du psychopathe pourrait être empruntée ou imitée et caractérisée par de la superficialité dans les relations interpersonnelles (Meloy, 2000; Racamier, 2012). Presque tous s'entendent sur la dimension de la relation à l'autre. Ils soulignent qu'invariablement, la relation est pervertie par l'utilisation de l'autre, la récusation de son existence ou de sa réussite (Balier, 1988; Bergeret, 1996; Chartier, 2006a; Coutanceau, 1992; Racamier, 2012). Zagury et Assouline (2008) précisent que ces individus sont sensibles et peuvent avoir une compréhension aiguisée des mécanismes d'autrui afin de mettre cela au service de la perversité. Il est aussi proposé à l'avant-plan

que le problème de l'envie et de l'absence d'empathie serait le moteur d'alimentation de la grandiosité du Soi (Kernberg, 1997; Meloy, 2000).

### **Angoisse**

Ces individus vivent l'angoisse d'abandon et selon Balier, le monde interne du psychopathe est construit pour assurer une protection contre cette angoisse et éviter l'affect à tout prix (Balier, 1988, 2005; Casoni & Brunet, 2003; Zagury & Assouline, 2008). Zagury et Assouline (2008) mentionnent que les individus se situant dans le pôle psychopathique se protègent activement de cette angoisse en employant ce qui suscite l'humiliation, la honte et la faiblesse chez l'autre. Kernberg (1997) considère que dans les pathologies du narcissisme, l'angoisse d'abandon est davantage tolérée en raison de « l'augmentation de leurs fantasmes narcissiques et d'un retrait dans un splendide isolement » (p. 26).

Les symptômes liés à l'angoisse sont dissimulés par une rigidité et une apparente imperturbabilité (Bergeret, 1996). Les comportements de « prise de pouvoir » sur l'objet seraient une réaction liée à la lutte contre l'effondrement (l'angoisse dépressive, selon David, 1972) de l'Idéal du Moi. Racamier (2012) aborde lui aussi l'angoisse du vide et de la dépression chez le pervers narcissique, puis spécifie que ces individus évitent et gèrent les conflits intrapsychiques via le rapport et l'utilisation de l'autre.

D'autres auteurs suggèrent que l'angoisse, chez le psychopathe, se présente sous la forme de persécution et d'intrusion (Chartier, 2006a; Meloy, 2000). Cette angoisse est sans doute ce qu'on peut retrouver de plus archaïque et déstructurant. Selon Meloy (2000), l'individu aux prises avec l'angoisse de persécution et d'annihilation, est caractérisé par l'éventuelle dévalorisation du soi grandiose. Le soi se protège de l'anéantissement par des mouvements sadiques contre l'objet.

En résumé, l'angoisse redoutée et dont le psychopathe se défend est décrite différemment par les auteurs de référence. L'angoisse d'abandon est mentionnée par quelques-uns (Balier, 1988; Casoni & Brunet, 2003; Kernberg, 1997; Zagury & Assouline, 2008), alors que les autres statuent sur des angoissons plus primaires, comme l'annihilation, l'intrusion et la persécution qui semblent se regrouper sous un thème plus archaïque et menaçant pour l'intégrité du Moi déjà défaillant (Chartier, 2006a; Meloy, 2000). Bergeret (1996) et Racamier (2012) soulignent que l'angoisse dépressive serait impliquée dans les processus défensifs chez ce type d'individu. La plupart des auteurs souligne que le mécanisme défensif par excellence face à l'angoisse, peu importe la forme, serait l'emprise sur l'objet, tant dans la dévalorisation, le sadisme que l'utilisation de la relation à des bénéfices secondaires.

### **Mécanismes de défense**

Balier (1988) identifie que les principaux mécanismes de défense sont l'identification projective et le clivage, utilisés en lutte contre l'impression de danger, la

menace que constitue la désorganisation psychotique. Il soutient que le déni de l'altérité constitue un point central dans l'organisation défensive de ces individus. De ce fait, l'individu essaie de détruire chez l'autre son narcissisme propre et nécessaire à son existence, pour ensuite se l'approprier. Zagury et Assouline (2008) proposent aussi que le mécanisme de défense le plus massif est le clivage. De façon similaire, Casoni et Brunet (2003) mentionnent que les mécanismes de défense employés sont le clivage, le déni et la projection, en lutte contre l'angoisse d'abandon. Ils précisent aussi que « le mépris, le triomphe et le contrôle » (p. 148) sont des mécanismes contribuant à se défendre d'éprouver péniblement l'envie, de même que toute angoisse ayant trait à la sphère relationnelle.

Pour Meloy (2000), les mécanismes de défense sont décrits par plusieurs concepts. Entre autres, la « jouissance dédaigneuse » (p. 99), qui n'est pas un mécanisme de défense à proprement parler, mais qui permet la satisfaction et le plaisir lorsque du dédain pour autrui est éprouvé. Ceci a pour fonction de protéger le narcissisme et de mettre la partie vulnérable hors d'atteinte. Ensuite, la dévalorisation agressive ayant pour rôle de subtiliser le sens de toutes relations, ceci étant mobilisé pour lutter contre le sentiment d'avidité et d'envie inconsciente qui vont de pair. L'utilisation de ces mécanismes est lié à un ressenti correspondant à l'ennui, l'individu psychopathe combattant constamment ce ressenti. En fait, l'ennui est un éprouvé qui apparaît en réponse à « l'isolement du noyau du soi réel » (Kohut, 1971, p. 107) et est identifié comme l'humeur et l'affect chez l'individu psychopathe.

Coutanceau (1992) souligne lui aussi l'usage de mécanismes de défense massifs tels que le clivage et le déni. De même, pour Chartier (2003a), la position du déni chez les psychopathes pourrait servir à se protéger de l'angoisse. D'autres auteurs constatent une absence de souffrance et de culpabilité, ces affects probablement maintenus à l'écart par ce même mécanisme de défense puissant (Bergeret, 1996; Meloy, 2000). Précisément, pour Meloy (2000), le sentiment d'envie, l'avidité et la rage orale, sont déniés et mis hors d'atteinte de la conscience par le mécanisme de dissociation. Le but inconscient de cela est de ne pas entrer en contradiction avec la vision grandiose du soi et délier l'affect de sa représentation. Cette dissociation est décrite comme phénotypique, c'est-à-dire comme une composante omniprésente de cet état. Cela permet ainsi au monde interne de l'individu de se compartimenter, où des contradictions se côtoient sans pour autant entrer en conflit. Casoni et Brunet (2003) soulignent aussi le rôle de l'envie comme étant une caractéristique particulièrement destructrice. Pour ces auteurs, l'individu aux prises avec un sentiment d'envie se situe dans une position très pénible car il cherche à détruire ce qu'il ne peut posséder, considérant inatteignable la satisfaction de son désir. Le sentiment d'insatisfaction, de manque, est pallié par une combinaison de mécanismes de défense spécifique, « soit le mépris, le triomphe et le contrôle<sup>1</sup> » (p. 148).

Kernberg (1997) mentionne pour sa part que l'organisation défensive, dans les pathologies du narcissisme, se compare à celle de l'organisation limite et l'on retrouve du clivage, du déni, l'idéalisation primitive, l'omnipotence, la grandiosité et

---

<sup>1</sup> Cette triade a été développée par Mélanie Klein (1940) concernant les défenses maniaques.

l'identification projective. Par contre, les patients narcissiques démontrent une meilleure adaptation sociale, en apparence, ce que Kernberg (1997) nomme « un potentiel de pseudo-sublimation » (p. 26).

De plus, l'intégration du monde pulsionnel n'ayant pu être fait, il est possible d'observer d'autres comportements en lien avec une défaillance des processus secondaires, laissant plus ou moins libre cours à l'expression brute de la pulsion dans les actes violents ou destructeurs (Balier, 1988, 2005; Bergeret, 1996; Casoni & Brunet, 2003). Coutanceau (1992) en dégage deux corollaires : « l'intensité du primaire » (p. 91) laissant la place à la pulsion et l'affect brut, s'ensuivra « l'insuffisante secondarisation » (p. 91) cela signifiant que l'élaboration, le fantasme et l'étayage pulsionnel ne sont pas accessibles mais l'organisation psychique se trouve au service de procédés plus archaïques. Meloy (2000) ajoute que ces patients sont constamment à la recherche de gratifications pulsionnelles immédiates. Il met en lumière le choix conscient de tromper délibérément autrui, cette recherche les laissant perpétuellement attachés au présent, n'ayant pas accès aux fantasmes. Il mentionne que ces mécanismes de défense servent à entretenir une dynamique pouvant maintenir l'homéostasie, et ainsi préserver leur fonctionnement en extériorisant les introjects violents. Kernberg (1997) soutient que les individus présentant une pathologie du narcissisme semblent détenir un meilleur contrôle pulsionnel. Toutefois, comme il est question de la composante antisociale et plus grave de cette pathologie, l'aspect pulsionnel peut être traité différemment. Il décrit les spécificités des mécanismes de défense chez la personnalité

antisociale : « [...] Nous retrouvons ici les meurtriers sexuels et les tueurs en série, pour lesquels les réminiscences de l'érotisme sont complètement éclipsées par des formes extrêmes d'agression primitive » [traduction libre] (Kernberg, 2004, p. 82).

Certains auteurs ont décrit des particularités qui ne peuvent être résumées sans en perdre le sens. Ainsi, les spécificités de Chartier, Zagury et Racamier sont exposées plus précisément.

Chartier (2003a) fait appel à un « Triptyque existentiel [...] : Déni, délit, défi » (p. 3). La position du déni chez les psychopathes traduit une désintrication pulsionnelle et s'avère utile pour se déresponsabiliser de ses actes répréhensibles. En contrepartie, il est possible d'observer une projection systématique des pulsions agressives et destructrices, par le délit. L'auteur décrit ensuite que la fonction du défi est un point central, catalyseur de l'omnipotence et de la toute-puissance.

Zagury et Assouline (2008) élaborent la position défensive comme un balancement entre deux pôles. D'abord celui de l'enfant vulnérable et maltraité et ensuite celui qui est tout-puissant et exerce un contrôle omnipotent, sadique puis indifférent à l'autre. Ce pôle permettrait à l'individu d'éviter, de contourner et de ne pas éprouver ce qui lui paraît menaçant. Les auteurs identifient le mécanisme de toute-puissance comme un élément indicateur que la détresse a été transformée, par un pouvoir massif et jouissif sur autrui, et devient ainsi perversion narcissique.

Selon Racamier (2012), la perversion narcissique est en soi une défense. Il mentionne que les processus en cause, entre autre le déni, contribuent à mettre hors d'atteinte de la pensée tout élément pouvant générer des émotions pénibles ainsi qu'un sentiment de vide. Cette défense est en fait un mécanisme altérant la réflexion et privilégiant le passage à l'acte dans des scénarios pervers et dans la dévalorisation d'autrui.

En résumé, la section des mécanismes de défense est riche en explications et en nuances. De façon générale, les auteurs abordent le déni comme étant le principal mécanisme de défense impliqué dans la psychopathie. De même, le clivage massif semble être décrit comme un mécanisme de premier ordre (Balier, 1988; Casoni & Brunet, 2003; Coutanceau, 1992; Kernberg, 1997; Zagury & Assouline, 2008). Toutefois, Meloy (2000) conceptualise le clivage comme un processus impliqué dans un continuum s'aggravant du déni jusqu'à la dissociation, ce qui constitue selon lui un élément phénotypique de la psychopathie. Le mécanisme d'identification projective est reconnu et peut être relié à la toute-puissance et l'omnipotence, ces mécanismes prenant une place toute particulière et expliquant certains comportements dans ce fonctionnement (Balier, 1988; Chartier, 2006a; Kernberg, 1997; Meloy, 2000; Zagury & Assouline, 2008). Les mécanismes de défense ont été davantage décrits par Meloy (2000), qui étaye plusieurs nuances et observations. Enfin, Racamier (2012), quant à lui, considère la psychopathie en soi comme un mécanisme de défense.

### **Limites et Rapport à la réalité**

Les limites du monde interne des individus psychopathes sont décrites par quelques auteurs comme étant confuses, fragiles et mal définies, Balier précisant qu'une menace de psychose y est sous-jacente (Balier, 1988; Bergeret, 1996). Kernberg (1997) souligne le potentiel de régression dans un épisode psychotique car les processus de pensée primaires sont parfois envahissants. Ceci pourrait survenir malgré un niveau d'adaptation à la réalité qui peut être parfois très élevé. Selon Chartier (2006a), ces individus se protègent de la psychose par un aménagement maniaco-dépressif, comme si l'agitation pouvait les préserver de la perte des limites. Il n'existerait toutefois pas de composante d'auto-persécution par le délit de culpabilité.

En effet, Balier (1988) indique que cette impression de danger se trouve probablement alimentée par la difficulté à établir des liens entre la pensée, les souvenirs, les rêves, le ressenti et les passages à l'acte. Pour leur part, Casoni et Brunet (2003) mentionnent que ces individus sont aux prises avec le sentiment d'être menacés, injustement accusés et sont donc hypervigilants à toute manifestation pouvant confirmer leurs appréhensions ou interprètent à tort des attaques provenant de l'entourage. Cette position a une influence sur la perception de la réalité, sur leur jugement et justifie pour eux le passage à l'acte.

Selon Bergeret (1996), dans la perversion de caractère, l'autre sert d'extension narcissique. Racamier (2012) mentionne qu'il y a reconnaissance de la différence entre

soi et l'autre, mais tout ce qui constitue l'individualité et l'importance de l'autre est déniée. Cette reconnaissance peut donner l'impression que les limites semblent claires. Toutefois, les limites seraient plus floues lorsque l'autre est employé de façon utilitaire, tel un prolongement de soi qui doit absolument être maîtrisé. Zagury et Assouline (2008) spécifient que le contact avec la réalité est préservé, mais il existe une « absence de sentiment de continuité interne » (p. 90). Meloy (2000) relie à cela l'existence d'un défaut d'incorporation dans l'enfance qui fait que les représentations de l'objet sont pénibles.

L'ensemble des auteurs conçoit que le rapport à la réalité est préservé, même si cette réalité est parfois biaisée par les puissants mécanismes défensifs mentionnés auparavant. En effet, il est considéré que l'identification projective sous-tend la porosité des limites. L'atteinte des frontières dans cette forme de défense s'explique par la transposition de l'affect, les intentions et la pensée dans l'autre, d'où la confusion des limites.

## **Chapitre 2**

Les principes de base et les balises d'intervention selon divers auteurs.  
Les impacts liés à cette organisation

Les interventions auprès des personnes psychopathes comportent des particularités. Certains facteurs primordiaux sont à considérer lorsqu'un clinicien décide de s'investir dans un processus psychothérapeutique. Son attention pourrait être portée sur plusieurs aspects, décrits dans cette section, qui peuvent influencer ou altérer la relation et le cheminement du patient. Les disparités et les similitudes sont ensuite comparées dans le Tableau 2.

Il existe des éléments de la dynamique de ces patients qui interfèrent, à divers degrés, sur la mise en place de la thérapie. Les auteurs choisis délimitent des zones pour lesquelles il semble approprié de proposer un traitement psychothérapeutique.

Tableau 2  
*Comparaison des interventions*

Interventions	Balier	Zagury et Assouline	Chartier	Kernberg	Meloy
Cadre	Double : pénitentiaire et soignant. Le thérapeute est garant du cadre			Solide, structurant, stable, clair et cohérent. Fonction de contenance	
L'arrêt d'agir	Le cadre sert de pare-excitation. Les premiers temps de l'incarcération pour un psychopathe (L'autodestruction, l'aspect thymique, le suicide, l'angoisse).	L'accès au monde interne s'appauvrit par les actes. Les mécanismes de déni se renforcent		Interprétation systématique des manifestations sadiques	
Création du psychisme	Apparition de cauchemars ou rêves d'angoisse, Récit du délit, sens de la répétition des délits, partage de l'affect de la victime. Le thérapeute sert de pare-excitation.	Liens entre les actes/traumas, considérer l'autre comme son semblable, émergence du risque suicidaire			
Transfert	Idéalisant	Processus de déhumanisation	Passionnel	Psychopathique : sadique, contrôlant, manipulateur, séducteur	Dévalorise, attaque et détruit l'objet (le thérapeute)
				Paranoïde : méfiant, opposant et intransigeant	

Tableau 2  
*Comparatif des interventions (suite)*

Interventions	Balier	Zagury et Assouline	Chartier	Kernberg	Meloy
Contre-transfert	Vulnérabilité du thérapeute à l'identification projective, nommer les manifestations. L'équipe doit prodiguer un soutien cohésif et rigoureux.	Effroi	Contre-transfert passionnel risqué car souvent sadique, envies d'agirs du thérapeute	Déni Collusion (agir du thérapeute)	Nihilisme thérapeutique, multiples dangers liés à l'i.d. projective, déni de l'échec thérapeutique par le thérapeute, impuissance et culpabilité, confrontation du thérapeute à sa propre partie destructrice.

### **Le dispositif du cadre et ses particularités**

La psychothérapie psychodynamique se prévaut d'un cadre thérapeutique, comprenant des limites claires à l'intervention et aux attentes que le patient peut avoir envers le thérapeute. Clarkin, Yeomans et Kernberg (2006) énoncent quelques critères de base essentiels concernant les modalités habituelles et connues, soit la fréquence, la durée, la confidentialité, bref le contrat global établi entre le soignant et le soigné. L'association libre ainsi que les règles d'abstinence<sup>1</sup> et de neutralité<sup>2</sup> sont désignées comme des corollaires à l'espace de réflexion du thérapeute puis du patient. Clarkin, Yeomans et Kernberg (1999) insistent d'ailleurs sur l'importance que doivent revêtir des limites claires au cadre<sup>3</sup>, ce qui implique les responsabilités respectives des deux parties, de même qu'un certain nombre de règles à respecter (ou ne pas transgresser) pour s'assurer de la continuité de la thérapie. Il soutient que ce dispositif a une fonction de contenance qui permet de penser et de mettre en mots, en lieu et place de l'agir. Il identifie des qualités incontournables que doit posséder le cadre thérapeutique : qu'il soit stable et solide face aux agissements destructeurs du patient, afin qu'il permette de se structurer et de distinguer les frontières de soi et de l'objet (Clarkin et al., 1999). Ainsi, le cadre devient primordial pour mettre une limite aux actions et permettre un espace sécuritaire où des processus psychiques peuvent évoluer (Diguer, 2005). Comme les psychopathes ont tendance à poser des gestes violents et hétéro-agressifs et que ces gestes ont une visée probablement plus destructrice et qui renforce davantage les

<sup>1</sup> Le thérapeute s'abstient de répondre à la place du patient, même si ce dernier le requiert.

<sup>2</sup> Le thérapeute s'abstient d'émettre des conseils, de donner son avis sur la vie extérieure du patient, s'y interposer.

<sup>3</sup> Ce type de cadre est spécialisé avec les problématiques de troubles de personnalité limite en général.

mécanismes de défense, le cadre doit comporter des particularités. Le thérapeute est garant du cadre et doit être encore plus attentif aux attaques inhérentes et à toutes les transgressions, si minimes soient-elles, afin de maintenir l'espace et le contexte thérapeutique (Balier, 2005).

### **Le double cadre**

Selon Balier (1988), le traitement par une psychothérapie psychodynamique de ces patients peut contribuer à des évolutions favorables de leur fonctionnement. Ces modifications dans la compréhension d'eux-mêmes et la découverte de leur monde interne permettent d'investir différemment la réalité. L'auteur fait part de sa compréhension de la mise en place d'un double cadre nécessaire à l'efficacité d'une relation thérapeutique, ce dispositif particulier s'adresse spécifiquement aux patients qui sont traités en détention ou en institution.

Le pénitencier constitue le premier cadre, qui n'est pas considéré comme un outil thérapeutique en soi, mais constitue une composante de la thérapie. Les règles et l'organisation en général fournissent un support qui peut être à la fois redouté par les détenus, mais aussi perçu comme un contexte rassurant. Le milieu carcéral offre la possibilité de structurer un rythme, une hygiène de vie de base et sa présence contribue à l'arrêt d'agir, ce qui est nécessaire pour cette clientèle. Selon Balier (1988), il s'agit d'une prémissse nécessaire qui permettra aux intervenants d'appliquer le « cadre soignant » (p. 221), permettant l'intervention et la relation thérapeutique. Tel que

mentionné, le cadre thérapeutique est celui habituellement utilisé pour la psychothérapie. Cela comprend les modalités de présence aux séances, l'abstinence de gestes agressifs et les moyens nécessaires pour préserver la sécurité, l'intégrité du thérapeute. De plus, le patient reçoit la consigne de divulguer le contenu des pensées sans y apposer de censure. Une précision est apportée pour permettre la coexistence du cadre institutionnel et du cadre thérapeutique, c'est que l'équipe d'intervention doit rester neutre envers l'instance pénitentiaire, soit s'abstenir de critiquer, soit s'abstenir d'en être allié. Il met l'accent sur l'importance de la hiérarchie, qu'il y ait une structure entre les intervenants et qu'il y ait une figure d'autorité désignée comme telle.

En ce sens, Millaud (2009) considère que l'équipe de soignants doit démontrer une unité cohésive ainsi qu'un système de règles clairement établi. Il souligne que ces éléments sont primordiaux, car ce type de patient a tendance à rechercher les failles. Ces patients prêtent une vigilance particulière aux faiblesses de l'équipe et parviennent à créer des dissensions. Cela s'explique par l'effet des mécanismes de défense, entre autres le clivage, ainsi que les conséquences des problèmes de mentalisation, qui altèrent rapidement le fonctionnement de l'équipe soignante.

### **L'arrêt d'agir**

L'effet de l'arrêt d'agir se fait ressentir lors des premiers temps de l'incarcération. Les ressources psychologiques des individus incarcérés semblent lacunaires durant cette période. Cela peut donner l'impression qu'ils n'ont pas les moyens psychiques pour

parvenir à « exister par eux-mêmes » (Balier, 2006, p. 553). Balier (2006) ajoute qu'il apparaît ensuite des comportements d'autodestruction, comme l'automutilation et les tentatives de suicide ainsi qu'une résurgence de symptômes phobiques.

Balier (1988) observe une modification dans le mode d'expression des comportements et de la symptomatologie lors de l'incarcération. Il relie ces changements à l'arrêt d'agir. Les voies habituelles d'expression de l'agressivité et de soulagement de la tension interne deviennent alors indisponibles. Il y aurait alors un renversement de la violence dirigée vers autrui, cette violence s'exprime alors en retournement contre soi. Certaines manifestations propres aux psychopathes telles que la toute-puissance, les comportements violents et la possessivité ont tendance à se transformer durant l'incarcération. Balier (1988) suggère que cette toute-puissance se transforme en dépression, que les comportements violents envers autrui évoluent vers une angoisse vécue très péniblement et que la possessivité se mute en angoisse d'abandon.

Lorsque le patient se retrouve aux prises avec ces angoisses, il sollicite parfois une aide thérapeutique (Balier, 1988). Effectivement, ce ne sont pas tous les individus incarcérés qui ressentent ce besoin et qui demandent ce genre d'aide. Le continuum de gravité (Meloy, 2000) de la psychopathologie peut expliquer l'irrégularité dans les besoins des patients psychopathiques. Ainsi, les patients les plus enclins à ressentir leur souffrance psychique sont probablement ceux chez qui il est possible d'offrir des soins

psychothérapeutiques et dont les services auront une certaine efficience. À ce moment, l'entente entre le thérapeute et le patient sera de parler du vécu émotif, en substitution aux agirs. La règle thérapeutique de parler du vécu, qui correspond à un élément du cadre, de même que la présence du thérapeute, sert de « pare-excitation » (Balier, 1988, p. 219), circonscrivant les limites internes et externes. Cette fonction de pare-excitation contribue à réguler les excitations tout en mettant une légère pression pour que le patient parvienne à contenir certaines manifestations liées à l'angoisse.

### **Création du psychisme**

Balier et Lemaître (2001) suggèrent qu'une fois le cadre installé, la psychothérapie avec ces patients présentant une organisation de nature psychopathique se caractérise par ce qu'ils nomment « la création du psychisme » (p. 35). Ce terme sous-entend que la vie psychique soit abordée d'une manière différente et que les paroles puissent nommer une réalité interne.

En ce sens, Symington (2007) propose que le psychisme ne soit pas une entité acquise, mais un concept à construire et créer pour chaque individu. Selon lui, les pensées générées à travers la communication, entre autres au plan psychothérapeutique, ainsi que les représentations et les symboles, servent à faire évoluer l'appareil psychique et à créer du psychisme. Il fournit comme exemple que « l'envie, la jalousie, l'avidité, la paranoïa, la dépendance infantile et l'omnipotence » [traduction libre] (p. 1410) sont des

indices démontrant que le développement de la psyché est entravé et se trouve aux prises avec des velléités empêchant la création et la liaison intrapsychique.

Cette précision de Symington permet de faire un lien concernant la situation de l'individu psychopathe. Il semble que la possibilité de créer du psychisme en étayant ses pensées à travers une communication semble indisponible en raison des passages à l'acte destructeurs et fréquents. La dynamique fonctionnelle de la répétition des délits implique que les passages à l'acte, ce que Balier (2006) nomme le « recours à l'acte » (p. 552), permet de maintenir la position de toute-puissance et placent hors d'atteinte la pensée, les affects, la vulnérabilité et l'angoisse (Zagury & Assouline, 2008). Ainsi, l'agir a pour fonction de préserver de l'effondrement narcissique et de mettre l'angoisse à distance avec comme conséquence de rendre l'accès au monde émotif et psychique de plus en plus inatteignable (Balier, 2005; Zagury & Assouline, 2008). Un clivage massif, jusqu'à une dissociation aux frontières de la réalité, serait le principal mécanisme impliqué dans ce processus (Balier, 2005; Zagury & Assouline, 2008). C'est donc l'arrêt d'agir qui permet une mise en contact avec ce qui est placé hors d'atteinte, soit le monde des pensées et des émotions.

Balier (2006) insiste sur l'importance du récit du délit comme stratégie d'intervention : « Il y a un effet de fascination du crime, créant une sidération dont il faut se défaire pour en venir à un authentique partage affectif avec le patient » (Balier, 2006, p. 545). De cette stratégie peut émerger une empathie embryonnaire, au

sens où cela mettrait le patient dans des dispositions qui permettent d'éprouver la souffrance causée à la victime (Balier, 2006). Le début de la thérapie suscite souvent, selon l'auteur, la réapparition de l'accès à une forme de représentation mentale, qui émerge sous forme de cauchemars ou rêves d'angoisse. Le contenu le plus fréquent de ces rêves est le monstre ou la poursuite par un individu dangereux. Ces rêves répétitifs ayant des contenus monstrueux représentent l'inconscient dans sa forme la plus archaïque et sont déterminés par le caractère pénible, intense des affects. Balier (1988) y discerne l'ébauche d'une « réorganisation du Moi » (p. 147).

Zagury et Assouline (2008) mentionnent que le patient psychopathe doit reconstruire psychiquement sa victime comme un objet réel, son semblable, en prenant conscience des affects découlant de l'acte criminel. Selon les auteurs, cette prise de conscience s'effectue par l'édification de liens entre les actes commis et les affects associés aux traumatismes passés ayant été source de souffrance et de détresse. Un peu comme Balier (2006), Zagury et Assouline estiment que le patient doit parvenir à considérer l'autre comme son semblable, avant qu'il n'ait été détruit. Avec ces prémisses, le travail psychique générerait (hypothétiquement) des sentiments envahissants de culpabilité et de dégout envers soi-même, la possibilité d'effondrement serait imminente et le risque de suicide élevé.

### **Le transfert et le contre-transfert**

Parmi les auteurs ciblés, certains d'entre eux ont approfondi les mécanismes du transfert et ont élaboré la complexité, puis identifié des types de transfert distincts. Entre autres, Meloy (2000) aborde la question des enjeux transférentiels qui se révèlent être particuliers et complexifiés en raison des réactions éprouvées. De façon presque systématique, le patient psychopathe se positionne face au thérapeute de la même façon qu'il interagit en général. Cela signifie qu'il dévalorise, adopte un comportement de prédation, manipule, trompe et exerce un contrôle malveillant. Le patient peut se montrer parfois cruel, tout en imitant à la fois des affects et des réponses généralement attendues lors du processus thérapeutique. Selon Meloy, l'espace thérapeutique sert parfois, malheureusement, de dévidoir à l'agressivité découlant des introjects agressifs et le thérapeute y est dévalorisé. Kernberg (1998, 2004) nomme ce type de réaction le transfert psychopathique. Il indique que les manifestations sadiques, l'agressivité et le contrôle omnipotent, se doivent d'être nommées et méthodiquement interprétées au patient (Kernberg, 1998). Toutefois, le patient peut tout aussi bien demeurer dans cette position aggressive en opérant un processus déshumanisant, se servant du trouble du thérapeute comme preuve que son mécanisme fonctionne (Zagury & Assouline, 2008).

Kernberg (1998) définit deux orientations des relations interpersonnelles s'imbriquant l'une dans l'autre chez les personnes ayant un trouble de personnalité antisociale. La première orientation est caractérisée par des comportements traduisant des exigences démesurées ainsi que du sadisme, colorant les interactions

transférentielles (Kernberg, 1998). Il constate que les individus antisociaux perçoivent la bienveillance et la souplesse comme un signe de faiblesse et de non-fiabilité; ils s'attendent invariablement à être frustrés et déçus (Kernberg, 1998, 2004). L'auteur décrit que chez ces patients, la souffrance s'est transformée en haine et que toute interaction est teintée de violence. L'autre doit être contrôlé puis détruit.

La deuxième orientation décrite par ce même auteur est la tangente paranoïde dans la relation transférentielle. Il s'agit de la résultante du mécanisme de projection. L'individu interprète les attitudes et comportements des autres comme de l'hostilité, de la haine et comportant un potentiel de danger (Kernberg, 1998). Le patient devient alors plus défensif, opposant et intransigeant mais parallèlement plus authentique dans la relation, autrement dit, il met de côté le style « épique » (p. 388) (voir section Compréhension du trouble, p. 14), séducteur et manipulateur pour devenir réellement méfiant face à la relation et au thérapeute.

Les enjeux contre-transférentiels sont indissociables des mécanismes du transfert. Cela représente un thème inévitable lorsqu'on aborde le travail psychothérapeutique auprès d'une clientèle psychopathique. Un questionnement sur la réelle utilité d'une démarche thérapeutique accompagne fréquemment la décision d'intervenir auprès des individus psychopathes. Il arrive que cela suscite un sentiment, une impression de futilité ou d'impuissance, de peur et d'inutilité d'investissement au plan thérapeutique. Meloy (2000) utilise la notion de « nihilisme thérapeutique » (p. 267), décrite par

Lion (1978), pour désigner cette manière de tout niveler et ainsi par jugement moral, considérer les personnes psychopathes comme intraitables en tant que catégorie d'individus.

Selon Meloy (2000), avant de parler de réaction contre-transférentielle, aborde l'état de « non-relation » (p. 278) thérapeutique, soit l'impossibilité de créer un lien, une alliance avec le patient. Les comportements psychopathiques suscitent des réactions contre-transférquentielles, soit à l'opposé ou soit en concordance. La réaction contre-transférentielle du thérapeute à ces interactions peut être de se persuader d'une relation de confiance mutuelle, alors qu'il n'en est rien, ceci étant souvent observé dans des situations de duperie consciente de la part du patient. Ensuite, le thérapeute peut vivre une peur intense due à la violence prédatrice exprimée par le patient mais aussi faire preuve de mécanismes de défense identiques, soit le déni de ce que la relation thérapeutique lui fait vivre et se mettre lui-même en contradiction avec les règles et le cadre (Kernberg, 1998; Meloy, 2000). Le thérapeute qui accepte de traiter un patient psychopathe est enclin à vivre de l'impuissance et de la culpabilité, principalement en raison de projection massive (Meloy, 2000). Balier (1988) met d'ailleurs en garde contre l'ouverture, la vulnérabilité du thérapeute rendue disponible aux identifications projectives. Il ajoute qu'il est essentiel de mentionner ces manifestations d'identification projective dans les interventions thérapeutiques, ce qui fait commun accord avec l'avis de Kernberg (1998) sur ce point.

Balier (1988) précise que ces éléments demandent un travail cohésif et soutenu par une équipe de soins. Ainsi, les identifications projectives les plus graves découlent d'une idéalisation du thérapeute par son patient, créant un isolement, parfois des conflits dans l'équipe, menant à une position ardue à démanteler. Kernberg (1998) parle de collusion plus ou moins consciente avec le patient en raison du style cognitif « *épique* » (p. 388) qui séduit le thérapeute et le manipule pour parvenir à ses fins.

Un autre phénomène peut survenir lors de la mise en place du traitement ou même lors que cette relation thérapeutique est établie, il s'agit d'une confrontation du thérapeute avec sa propre partie destructrice. Les réactions affectives du thérapeute se manifestent par de la haine, de la rage et du mépris. Ces affects, provenant du patient, doivent être reconnus et maîtrisés dans leur intensité afin de servir à établir les bases d'une alliance thérapeutique (Meloy, 2000).

Chartier (2003b) aborde l'induction de « contre-transfert passionnel » (p. 114) chez le thérapeute, qui se manifeste par l'intensité d'un éprouvé sadique et même haineux pouvant pousser à des envies d'agissements. Cournut (1990) décrit ce phénomène par un état régressif du thérapeute et de son patient où le thérapeute est fragilisé dans sa capacité réflexive et interprétative par l'intensité de ce qui lui est transmis par le patient.

### Certaines contre-indications

Meloy (2000) décrit des facteurs qui doivent appuyer cette décision de ne pas prodiguer de traitement, car la thérapie est parfois inenvisageable. Un comportement agressif sadique ainsi qu'une totale absence de remords, couplé à une intelligence nettement supérieure ou inférieure à la moyenne représentent une contre-indication. De plus, il souligne que ces caractéristiques doivent être accompagnées d'une inaptitude franche du patient à créer un attachement émotionnel de même qu'une peur viscérale de prédatation ressentie par le thérapeute sont des critères établis pour délimiter et renforcer la décision de ne pas traiter. Sur ce dernier point, Kernberg (1998) émet la même réticence. Ces contre-indications ont été critiquées, entre autres par Chartier (2003b). Il souligne que les caractéristiques contre lesquelles Meloy formule une mise en garde sont inhérentes au trouble selon lui, puisqu'il les considère comme des symptômes.

Kernberg (1998) aborde lui aussi quelques mises en gardes à considérer avant d'entreprendre dans une psychothérapie avec ce type de patient. Les menaces répétées de la part du patient de mettre fin à la relation thérapeutique, les omissions volontaires ou la malversation des propos émis, la présence de passages à l'acte dommageables auto ou hétéro-agressifs doivent être évalués de façon prioritaire. De même, des propos obscènes et vulgaires qui emplissent le contenu des séances mettent un frein à la communication et nuisent à l'établissement de la relation thérapeutique.

Chartier (2003b) souligne que d'apporter des soins au psychopathe n'est pas sans danger, cela peut être risqué pour certains, autant pour le patient que le thérapeute. Selon lui, il y aurait possibilité d'aggraver la situation en traitant parce que cela accroirait le potentiel de récidive. En effet, les échanges relationnels entre patient et thérapeute peuvent constituer tout un éventail d'apprentissage ayant comme conséquence de fournir un attirail sophistiqué, utilisé à tromper et manipuler.

Cette mise en garde interpelle les thérapeutes à demeurer conscients des écueils possibles, afin de mieux s'en préserver. Toutefois, ces écueils peuvent inciter à approfondir un questionnement portant sur les enjeux intrapsychiques et relationnels avec des individus psychopathes.

### **Chapitre 3**

Compréhension des enjeux intrapsychiques et critique des écrits

L'objectif de ce travail est de fournir une compréhension dynamique sur les enjeux intrapsychiques concernant la psychopathie. Un relevé des écrits des auteurs-clés a permis de synthétiser les conceptualisations et de mettre en communs les points convergents et les disparités. Cet approfondissement conduit à des principes d'interventions appropriés aux particularités inhérentes à cette problématique. Pour cette troisième partie, la compréhension des conceptualisations et des pistes d'intervention est résumée d'une part. D'autre part, quelques éléments de réflexion suscités par la mise en commun des écrits des auteurs consultés sont approfondis.

Ce travail de comparaison des conceptualisations des enjeux intrapsychiques pour l'ensemble des auteurs a mis en lumière des éléments communs, notamment au plan de l'identité et la relation d'objet. De façon générale, le Moi du patient est fragile et le Surmoi est soit impitoyable ou soit absent, avec un Idéal irréaliste, teinté de toute-puissance. Les relations d'objet perverties sont au service de la grandiosité et il y a déni de l'altérité. Le point de vue des auteurs converge aussi en ce qui concerne les mécanismes de défense. Ce volet est clairement étayé et il est plus aisé de comprendre de quelle manière s'articulent le déni, le clivage, l'identification projective et l'omnipotence dans la dynamique psychopathique. Ces éléments étant tous liés à la pulsion agressive désintriquée d'un monde interne affaibli par le Moi insuffisant, le

Surmoi inadéquat et l'impossibilité d'atteindre des objectifs irréalistes imposés par un Moi Idéal.

Le rapport à la réalité est préservé, selon l'ensemble des auteurs, mais se trouve altéré par l'effet des mécanismes de défense. Par exemple, on y retrouve l'identification projective, où l'individu dépose en l'autre des éléments de sa propre réalité qui lui apparaissent insupportables. Il est par ailleurs indiqué que les limites sont confuses, influencées par les mécanismes de défense.

L'angoisse est conceptualisée d'une manière différente, et ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs. Une partie de ceux-ci (Chartier, 2006a; Meloy, 2000) attribue à cette organisation psychopathologique une angoisse archaïque ayant un effet plus déstructurant, comme l'annihilation, la persécution et l'intrusion où l'entièreté du Moi est menacé. D'autres auteurs (Balier, 1988; Zagury & Assouline, 2008) renvoient à l'angoisse d'abandon, où la relation à l'autre est impliquée d'une façon différente, en « agrippage » ou anaclitique.

La deuxième partie traitant de l'intervention chez les patients psychopathes a permis de mettre en lumière des éléments essentiels. Entre autres, l'apport de Balier s'avère inédit dans le traitement dédié à ces individus. Il existe deux particularités de son travail qui n'ont pas été traitées par les autres auteurs, soit le double cadre et le récit du délit. Le principe du double cadre (Balier, 1988) est un dispositif produisant son effet en suscitant

l'absence de moyens de décharge pulsionnelle habituels. Ceci s'observe par le retournement de l'agir contre soi-même, ainsi que l'apparition de symptômes thymiques et de gestes autodestructeurs. Le thérapeute prend ainsi le rôle particulier qui correspond à protéger le patient d'une trop grande excitation psychique, qu'il a peu de moyens de contenir par lui-même. Cette structure permet l'ébauche de sens en rapport avec les gestes posés, puis de mettre en place des stratégies pour parvenir à créer un échange relationnel, affectif plus authentique. Parmi ces stratégies, Balier (2006) suggère le récit du délit afin de parvenir à « créer du psychisme ». Ce moyen employé est d'ailleurs peu commun et semble être une originalité de cet auteur dans l'approche thérapeutique des psychopathes.

Ensuite, l'ensemble des auteurs aborde la notion de transfert principalement sous sa forme sadique et manipulatoire, pouvant avoir un impact puissant et destructeur sur la thérapie et le thérapeute par des agirs dans le transfert. Les enjeux contre-transférentiels révèlent des réactions soit en concordance ou soit à l'opposé du transfert psychopathique. La puissance du vécu contre-transférentiel peut pousser à des agissements du thérapeute, parfois subtils mais aussi drastiques, à l'image de l'intensité éprouvée.

Face à la possibilité d'intervenir auprès de patients psychopathes, certaines contre-indications sont énoncées par Meloy (2000) et Kernberg (1998), entre autres face au sadisme et à l'inaptitude à créer un attachement, de même qu'au sentiment de prédatation.

Ces éléments peuvent suggérer une limite à l'intervention. Les actions du patient contre le thérapeute doivent être identifiées pour éviter de mettre ce dernier dans une situation dangereuse.

D'autres auteurs demeurent réservés sur la possibilité de créer du psychisme. En effet, Meloy (2000) mentionne qu'il existe une forme de continuum de gravité de la psychopathie, ce qui amène à adopter une position plus réservée quant au pronostic chez certains individus. De son point de vue, il n'existerait pas de complexité psychologique dans cette organisation, mais seulement l'impression que tel est le cas. Cette pauvreté interne implique un accès restreint à leur monde émotionnel et ces patients ne sont pas enclins à critiquer leur position grandiose, ceci laissant donc peu de place à la possibilité d'atteindre une position dépressive (Bergeret, 2000). Ces éléments peuvent bloquer et réduire à néant les possibilités de changement ainsi qu'un échange relationnel authentique en psychothérapie.

### **Continuum de gravité et particularités du traitement**

La gravité de la psychopathologie peut différer d'un individu à un autre, de même que l'intensité de ses manifestations (Meloy, 2000). Lorsque certains individus présentant un trouble moins grave, ou plus modéré, demandent des soins psychothérapeutiques, certaines spécificités doivent être envisagées. Parmi celles-ci, l'intensité du transfert et du contre-transfert représente un facteur auquel il faut accorder une attention particulière. L'élaboration du rapport entre le soignant et le soigné

demande des précautions que Chartier (2003b) a décrites par la notion de contre-transfert passionnel. Selon lui, le contre-transfert passionnel serait davantage présent lorsque la relation implique des enjeux psychopathiques. En effet, l'intensité des affects vécus ou projetés est souvent puissante et peu commune, puis susciterait chez le thérapeute beaucoup plus d'impulsivité et de tendance vers les agirs. Kernberg (2010) parle des agissements contre-transférentiels comme étant inévitables avec les troubles sévères de personnalité. Dans ces circonstances, il recommande d'identifier et de nommer clairement au patient l'interaction problématique, le comportement induisant cet impact. Il s'agit de la principale stratégie thérapeutique et ce moyen peut être employé avec des patients psychopathes présentant ce type d'agissement.

Il y a d'ailleurs un mode transférentiel impliquant cette notion d'intensité qui n'a pas été abordé, à notre connaissance, par les auteurs choisis. Il s'agit du transfert en miroir chez les personnalités narcissiques (Kohut, 1971). Le transfert en miroir est parfois précédé d'une phase d'idéalisation du thérapeute. Les manifestations envers ce dernier produisent un effet contre-transférentiel non-négligeable (ou puissant) qui peut aller de l'ennui et du sentiment d'être exclu de la thérapie, jusqu'à des agirs qui traduisent son désir « d'être à la hauteur » de l'idéalisation produite par le patient. Il est certain que les écrits de Kohut visent à clarifier la dynamique relationnelle du patient narcissique, mais nous croyons que ce type de transfert pourrait rejoindre les idéaux de toute puissance par un surinvestissement du Soi grandiose chez le patient psychopathe.

L'analyse du lien chez les patients psychopathes semble être une voie d'exploration significative. Bourdellon et Papageorgiou (2006) ont identifié deux formes de transfert possible en psychothérapie, primaire et élaboré. Le transfert primaire est une forme relationnelle retrouvée entre le patient et son thérapeute, relation qui implique des enjeux non-élaborés et inconscients. En effet, le patient rejoue en thérapie les éléments caractéristiques impliqués dans ses relations qui traduisent la pulsion à l'état brut. Ainsi, le transfert en miroir, par ses enjeux non-élaborés, fait référence à du matériel primaire et des défenses archaïques. Les transferts sadique et paranoïde, décrits par Kernberg (1998), pourraient aussi appartenir à cette catégorie. À divers niveaux, ces transferts (en miroir, sadique et paranoïde) comportent tous une dimension grandiose ainsi que des enjeux d'emprise sur l'autre. En ce sens, il est possible que les travaux de Reid (1995) comportent un certain lien avec ces particularités du transfert. Ses travaux portent sur un type de psychothérapie s'adressant à une clientèle état-limite, mais des rapprochements avec le fonctionnement psychopathique peuvent être considérés en raison d'un fonctionnement intrapsychique parfois similaire sur certains aspects, comme il a été mis en lumière dans le Chapitre 1. Cet auteur souligne qu'une réaction de fermeture de la part du patient aux interprétations est fréquemment observée chez le patient état-limite. En raison de ce type de réaction inconsciente, le thérapeute peut ressentir que son travail est dénué de sens et que ses interventions demeurent vaines. En effet, l'interprétation provenant du thérapeute peut être perçu par le patient comme une attaque à sa subjectivité, puis ce dernier l'éprouve comme une manière d'exclure et d'invalider sa perception de la réalité (Reid, 1996). Ainsi, il tente de démontrer au thérapeute que ses

interventions sont erronées et qu'il se trompe. Cependant, en invalidant le thérapeute, le patient évite inconsciemment le conflit, afin de maintenir à distance la douleur psychique. Un rapport de force s'établit entre le patient et le thérapeute, traduisant l'omnipotence caractéristique du transfert « aux limites de l'analysable » (p. 123). Le patient n'articule plus sa pensée, mais applique une défense clivée sur les interprétations du thérapeute et se ferme à toute possibilité d'entrer dans le monde des significations.

Afin que le transfert devienne analysable, Reid (1995) considère nécessaire qu'une articulation entre deux mouvements soit mise en place. Le patient s'engage, en premier lieu, à mettre en mots les pensées et les émotions. Ensuite, ces paroles sollicitent chez le thérapeute une mobilisation affective et physique, ce qui constitue le deuxième mouvement. L'induction de cette mobilisation doit être combinée à ce prérequis de la parole traduisant les pensées. Cette combinaison, ou l'alternance entre ces deux positions, permet l'accès à la symbolisation, au signifiant. Cette étape où le transfert s'élabore, fait suite au transfert de type primaire. Le transfert élaboré constitue une démarche réflexive sur des processus inconscients (Bourdillon & Papageorgiou, 2006). Cette dimension traduit une évolution relationnelle dans le traitement, entre le patient et le thérapeute. À cette étape, le patient est en mesure de reconnaître et d'identifier certains des éléments destructeurs ou problématiques qui se rejouent à travers la relation thérapeutique et d'apporter éventuellement des changements (Kernberg, 2010).

Ainsi, la question d'envisager un transfert élaboré avec un psychopathe se pose. En effet, est-ce possible que ce type de patient puisse bénéficier suffisamment de la psychothérapie pour parvenir à effectuer un travail de liaison, au niveau des processus secondaires? Balier (2005) fait référence à la capacité d'entrer en contact avec l'autre et au renoncement à la « destruction du narcissisme » (p. 316). Ces objectifs sont-ils réalistes si l'on tient compte de l'état de base du patient et de la dévastation de son monde interne? Le thérapeute qui expérimente un sentiment d'impuissance pourrait parfois concorder avec ses propres limites, ainsi que celles de la compréhension théorique et du savoir-faire et savoir-être clinique. Ainsi, il est juste de réviser l'adoption des attentes relatives au traitement et les succès thérapeutiques à envisager, en raison du continuum de gravité des symptômes inhérents à la psychopathie.

Concernant ces limites, il existe des situations dangereuses ou risquées pour le thérapeute. Manifestement, des enjeux concernant le soutien de l'équipe de soins ont été trop brièvement abordés dans la littérature. Les écueils rencontrés ne concernent non pas une seule personne sur laquelle peut s'exercer le clivage, mais bien toute une équipe de soins. Ce mécanisme de défense massif peut être employé par les patients à la recherche d'alliés ou pour semer la zizanie... Ce processus met le clinicien impliqué dans une impression de supériorité et d'exclusivité par rapport au reste de l'équipe, puis crée une division et éventuellement des conflits dans l'équipe traitante (Lion, 1978; Millaud, 2009). Les autres membres de l'équipe traitante sont clivés comme étant des mauvais individus, interférant avec la recherche de plaisir et de contrôle du patient. Ces conflits

induisent des problèmes dans la capacité à réfléchir des intervenants de l'équipe, puisque le rôle de l'identification projective est aussi à souligner (Millaud, 2009). La partie faible, imparfaite ou tout ce qui peut rappeler la vulnérabilité et entrer en contradiction avec la toute-puissance est projeté, puis des membres de l'équipe traitante peuvent inconsciemment s'y identifier. La résultante de ce puissant mécanisme est de créer des réactions inappropriées, tant vis-à-vis des autres membres de l'équipe que des patients, des dissidences, un éloignement puis une détresse de la personne aux prises avec l'identification projective déployée par le patient psychopathe. Tout en spécifiant les difficultés et les impasses dans lesquelles elle peut être engagée, Balier (2005) propose que l'équipe traitante favorise le partage du vécu émotif impliqué. Toutefois, il s'avère complexe dans nos réalités cliniques d'instituer ces pratiques, de même que d'inciter l'ensemble des membres d'une équipe à adhérer à cette méthode.

En effet, les équipes soignantes de milieux hospitaliers ou de cliniques spécialisées doivent parfois intervenir auprès de ces patients, car il est possible de retrouver des psychopathes ailleurs qu'en détention. Selon le continuum de gravité de la psychopathie, ces individus présentent des altérations moins sévères du fonctionnement et de la présentation générale, ce dont Cleckley mentionnait déjà l'existence en 1955. Les thérapeutes qu'ils croisent dans leur parcours, que ce soit à l'hôpital psychiatrique ou en clinique spécialisée dédiée aux troubles de santé mentale, sont confrontés à une dynamique identique que celle décrite dans le présent essai. Toutefois les manifestations du trouble seraient plus modérées. Effectivement, cette catégorie de patients peut parfois

se présenter sous un aspect séducteur, charmeur, qui s'infiltre et désorganise les intervenants et les équipes de soins, à la recherche de gains secondaires.

Afin de préserver l'organisation des services, pour le bien-être du patient et des équipes, il serait pertinent d'impliquer les intervenants dans la compréhension du fonctionnement psychologique des psychopathes. Ainsi, une bonne connaissance de la théorie explicative permettrait d'en percevoir plus rapidement les manifestations. Cet exercice pourrait faciliter la mise en commun des informations collatérales pouvant d'emblée paraître banales ou insignifiantes, mais comportant des indices que les mécanismes de défense sont effectifs. Le soutien de la part des membres de l'équipe, lorsque des écueils se font sentir, est une nécessité et devient une force.

Parmi les moyens à employer pour sensibiliser les équipes traitantes, l'expérience de cliniciens à partir de certains cas cliniques provenant de divers milieux (hôpitaux, détention) pourraient constituer un guide appréciable. Ce moyen peut étayer tout d'abord l'introduction au traitement et l'encadrement avec ce type de patient. Ensuite, il s'agit de préciser de quelle manière il est possible d'accéder à leur souffrance psychique, tout en tenant compte de l'existence d'un continuum de sévérité. Le travail en équipe peut être préservé, ainsi bonifié par les apports théoriques et cliniques. Les attentes de réponses, plus ou moins favorables, de la part du patient aux soins thérapeutiques prodigués, risquent d'être mieux ancrées dans la réalité.

Il est certain que l'évaluation diagnostique de ces patients demeure un sujet complexe, aussi bien que le travail qui doit être effectué pour parvenir à une opinion clinique claire et nuancée de leur état. Ces patients créent facilement une rupture avec l'équipe de soins, en raison des émotions puissantes qu'ils peuvent déclencher, par le biais de leur comportement et des interactions parfois manipulatrices, même parfois violentes. La capacité de préserver une continuité dans la pensée et dans les soins malgré ces écueils est parfois trop ardue, même avec une équipe bien informée. Cet essai tente de fournir une compréhension théorique approfondie, toutefois la réalité clinique est parfois bien désolante et peu de pistes de solution sont envisageables et sans risques. Les connaissances, même les plus ancrées, ne constituent pas toujours une voie d'accès au cœur de la problématique, mais peuvent contribuer à améliorer les stratégies préventives.

La force de cet essai est de regrouper les conceptualisations, ceci fournit des assises pour la compréhension et les pistes d'interventions avec ces individus. Toutefois, une synthèse telle que celle-ci comporte la limite d'être uniquement théorique et des facettes dédiées à l'exploration et l'expérimentation dans la réalité seraient appréciables et enrichissantes. D'autre part, les théories sont des ensembles complexes et nuancés, qui présentent des variations qui ne sont pas nécessairement d'emblée compatibles ni semblables d'un auteur à l'autre. Dans une perspective critique, plusieurs éléments pourtant fort différents sont parfois combinés et comparés. Cette manière de présenter les données se veut très synthétique et constitue une démarche exploratoire. Nous considérons que le but de l'actuelle démarche n'est pas d'élaborer la nature complexe et

raffinée des éléments soulevés par chaque auteur, mais bien de tenter de rendre cet ensemble cohérent et d'articuler ces idées les unes avec les autres. Cette présente recherche représente un apport au plan de la rigueur de la synthèse. Toutefois, un approfondissement des conceptualisations est envisageable dans une étude éventuelle.

La présente étude exploratoire permet de constater que la synthèse et la comparaison des concepts-clés concernant la psychopathie méritent une analyse compréhensive en profondeur. Notamment, plusieurs possibilités sont envisageables lorsqu'il s'agit de discuter et d'élaborer les variables de l'identité et des relations d'objet abordées dans cette étude.

Parmi ces possibilités, l'étude de cas clinique pourrait être considérée. Dans l'optique d'un travail d'approfondissement de ces enjeux, l'observation pratique et clinique permet d'appliquer concrètement les dimensions théoriques, puis d'en dégager de nouveaux corollaires ou d'ajuster ceux déjà présents. D'autre part, il pourrait être pertinent d'aborder l'autre pan de la relation thérapeutique, c'est-à-dire l'expérience du thérapeute. L'évaluation de cette expérience auprès des patients psychopathes constitue une ressource reflétant la réalité clinique et l'implication relationnelle, pouvant comporter des thèmes inédits et qui n'auraient pas été abordés dans la littérature.

## **Conclusion**

Les apports théoriques et cliniques concernant la psychopathie constituent une ressource incontournable lorsque l'on travaille en milieu carcéral, mais aussi dans les institutions et hôpitaux généraux où des cas psychiatriques complexes sont traités.

Il existe plusieurs théories explicatives proposant un cadre aux interventions qui sont appropriées. Cet essai avait pour objectif de regrouper les conceptualisations théoriques et cliniques, de tenter d'en faire un ensemble cohérent, puis d'en souligner les particularités.

Parmi les éléments saillants de la littérature, l'emploi de mécanismes de défense puissants, tel le déni, le clivage et l'identification projective, occupe une position centrale. L'identité, définie par une faiblesse du Moi, est une caractéristique commune à d'autres troubles, mais cette organisation psychique s'est mutée en instrument défensif qui assujetti l'autre et son narcissisme. La fonction de ceci est de maintenir l'angoisse à distance, hors de portée de la sphère consciente. Cette caractéristique détruit les possibilités relationnelles et afflige ainsi de nombreuses victimes. Toutefois, la personne psychopathe elle-même est le principal témoin de sa violence, l'éloignant sans cesse de son monde interne.

Constatant cela, l'organisation de l'offre de soins en clinique demeure un sujet controversé, où la décision de traiter ce type de patient est souvent fort ambiguë. Le but ultime de ce traitement psychothérapeutique est d'accéder à d'autres niveaux de possibilités relationnelles, ceci passant par les séquences du retournement de la violence contre soi (le patient par rapport à lui-même) jusqu'à l'ébauche d'un Moi. Les aspects transférentiels et contre-transférentiels sont puissants, parfois déstructurants et dévastateurs. Les cliniciens et les équipes de soins les mieux informés sur les enjeux intrapsychiques pourraient être éventuellement davantage préparés et conscients de cette réalité complexe.

Ce travail de synthèse se montre nécessaire dans une littérature qui regorge de points de vue complexes concernant la psychopathie, qui peuvent être compatibles et complémentaires les uns avec les autres. Les modalités cliniques ainsi qu'une compréhension approfondie des enjeux intrapsychiques permet de se défaire de l'aspect fascinant qu'évoque parfois ce trouble, afin de mieux se consacrer à une approche plus neutre, mieux étayée et aussi sécuritaire. Ainsi, l'idée de mieux connaître les dimensions relatives à la psychopathie, démontre son utilité dans plusieurs milieux, non seulement en détention mais aussi pour les autres cadres institutionnels.

## Références

- Aichhorn, A. (1973). *Jeunesse à l'abandon*. Toulouse, France : Privat. (Ouvrage original publié en 1925).
- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd., rév.). Washington, DC: Authors.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Authors.
- Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Balier, C. (2005). *La violence en abyme*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Balier, C. (2006). Une psycho-criminologie psychanalytique. Dans A. Green (Éd.), *Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique : le dedans et le dehors* (pp. 543-570). Paris : Les Presses universitaires de France.
- Balier, C., & Lemaître V. (2001). Entre violence et création psychique. Dans M.-L. Dimon, S. Ferrières Pestureau, P. Levine Nordmann, J.-P. Vudit, & H.-P. Bass, (Éds), *Un siècle à l'autre, la violence en héritage : perspectives psychanalytiques et anthropologiques* (pp. 35-43). Paris : In Press.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (2000). *Psychologie pathologique théorique et clinique* (8<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Bourdellon, G., & Papageorgiou, M. (2006). Argument. *Revue française de psychanalyse*, 70, 5-9. doi: 10.3917/rfp.701.0005
- Casoni, D., & Brunet, L. (2003). *La psychocriminologie. Apports psychanalytiques et applications cliniques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chartier, J.-P. (2003a, octobre). *Psychopathes ou pervers : le faux débat?* Repéré à <http://deployezvosailles.free.fr/violence/Psychopathe%20ou%20pervers.pdf>
- Chartier, J.-P. (2003b). *Guérir après Freud : psychoses et psychopathie*. Paris : Dunod.

- Chartier, J.-P. (2006a). L'analyste actant : une réponse aux agirs psychopathiques? *Revue française de psychanalyse*, 70, 165-175. doi: 10.3917/rfp.701.0165
- Chartier, J.-P. (2006b). L'interprétation vicariante. *L'Esprit du Temps, Topique*, 2, 95-102. doi: 10.3917/top.095.0095
- Chartier, J.-P. (2007). Peut-on guérir le psychopathe? *L'Esprit du Temps, Topique*, 2, 61-78. doi: 10.3917/top.099.0061
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York, NY: Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cleckley, H. M. (1955). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (3<sup>e</sup> éd.). St Louis, MO: Mosby.
- Coid, J., Yang, M., Ulrich, S., Roberts, A., & Hare, R. D. (2009). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 65-73. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.01.002
- Cournut, J. (1990). La taupe ou le cas difficile d'un contre-transfert passionnel. *Revue française de psychanalyse*, 2, 329-343.
- Coutanceau, R. (1992). Psychanalyse et criminologie. *Psychanalystes*, 45, 87-93.
- David, C. (1972). *La perversion affective*. Dans G. Mendel (Éd.), *La sexualité perverse*, (pp. 195-230). Paris : Payot.
- Diamond, D., & Yeomans, F. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). *Santé mentale au Québec*, 33, 115-139. doi: 10.7202/018475ar
- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique*, 70, 649-661. doi: 10.1016/j.evopsy.2004.12.010

- Freud, S. (1916). *Some character-types met with in psycho-analytic work*. The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud, volume XIV (1914-1916) : On the history of the Psycho-Analytic movement, Papers on metapsychology and other works, pp. 309-333. Repéré à <http://freudians.org/wp-content/uploads/2014/09/Some-Character-Types-Met-With-in-Psycho-Analytic-Work.pdf>
- Freud, S. (1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1933).
- Hare, R. D. (1991). *The Hare psychopathy checklist - revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2<sup>e</sup> éd.). Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., Neumann, C. S., & Widiger, T. A. (2012). Psychopathy. Dans T. A. Widiger (Éd.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 478-504). New York, NY: Oxford University Press.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1997). *La personnalité narcissique*. Paris : Dunod.
- Kernberg, O. F. (1998). The psychotherapeutic management of psychopathic, narcissistic, and paranoid transferences. Dans T. Millon, E. Simonsen, M. Birkett-Smith, & R. D. Davis (Éds), *Psychopathy, antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 372-382) New York, NY: The Guilford Press.
- Kernberg; O. F. (2004). Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: *New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2010). Transference Focused Therapy (TFP). Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (pp. 21-34). London, England: Karnac Books.

- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Dans *Essais de psychanalyse*. (pp. 341-369). Paris : Payot, 1968.
- Kohut, H. (1971). *Le Soi*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151-158.
- Lion, J. R. (1978). Outpatient treatment of psychopaths. Dans W. H. Reid (Éd.), *The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behaviors* (pp. 286-300). New York, NY: Brunner/Mazel, Publishers.
- Mailoux, N. (1971). *Jeunes sans dialogue : criminologie pédagogique*. Paris : Fleurus.
- Meloy, J. R. (2000). *Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*. Paris : Éditions Frison-Roche/ Psychologie Vivante.
- Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Neumann, C. S., & Hare, R. D. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: Links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 893-899. doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.893
- Ogloff, J. R. (2006). Psychopathy/Antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 519-528. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x
- Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *International classification of diseases and related health problems* (10<sup>e</sup> révision). Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563. doi: 10.1016/S0092-6566(02)00505-6
- Pham, T. (1998). Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encephale*, 24, 435-441.
- Racamier, P.-C. (2012). *Les perversions narcissiques*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Reid, W. (1995). Le transfert difficilement analysable. *Trans*, 6, 117-147.

- Reid, W. (1996). L'analyse du transfert limite ou la limite du transfert analysable : la valeur heuristique de la notion d'utilisation de l'objet. Dans W. Reid & P. Doucet (Éds), *La psychothérapie psychanalytique : une diversité de champs cliniques*. (pp. 199-219). Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Savard, C., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2006). Male sub-threshold psychopathic traits and couple distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 931-942. doi:10.1016/j.paid.2005.10.001
- Schneider, K. (1955). *Les personnalités psychopathiques*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Senon, J.-L. (2005, décembre). *Comment définir la psychopathie? Audition publique : Prise en charge de la psychopathie*. France : Haute Autorité de Santé, St-Denis-La Plaine.
- Stone, M. (2009). *The anatomy of evil*. New York, NY: Amherst.
- Symington, N. (2007). A technique for facilitating the creation of mind. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 1409-1422. doi:10.1516/ijpa.2007.1409
- Zagury, D., & Assouline, F. (2008). *L'éénigme des tueurs en série*. Paris : Plon.

**Appendice A**  
Items de la PCL-R

### **Items de la PCL-R (Hare, 2003)**

- 1- Loquacité / Charme superficiel \*
- 2- Surestimation de soi \*
- 3- Besoin de stimulation / Tendance à s'ennuyer\*\*
- 4- Tendance au mensonge pathologique \*
- 5- Duperie / Manipulation \*
- 6- Absence de remords ou de culpabilité \*
- 7- Affect superficiel \*
- 8- Insensibilité / Manque d'empathie \*
- 9- Tendance au parasitisme\*\*
- 10- Faible maîtrise de soi\*\*
- 11- Promiscuité sexuelle
- 12- Apparition précoce de problème de comportement\*\*
- 13- Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste\*\*
- 14- Impulsivité
- 15- Irresponsabilité
- 16- Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes\*
- 17- Nombreuses cohabitations de courte durée
- 18- Délinquance juvénile\*\*
- 19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle\*\*
- 20- Diversité des types de délits commis par le sujet

\* Item appartenant au sous-facteur de la composante narcissique

\*\* Item appartenant au sous-facteur de la composante antisociale

### **Appendice B**

Description du caractère psychopathique (Bergeret, 1996)

Le caractère psychopathique, tel que conçu par Bergeret (1996), est décrit ici dans le seul but de mettre en évidence la comparaison avec la perversion de caractère. Nous convenons que cette catégorie n'est pas de la psychopathie.

Cette description englobe les mêmes thèmes abordés que dans la partie 1 sur la compréhension du trouble :

- L'identité, la relation d'objet;
- Angoisse;
- Les mécanismes de défense, pulsion;
- Les limites, rapport à la réalité.

### **Identité et relation d'objet**

Il s'agit de la personnalité antisociale au sens du DSM-5 (APA, 2013). L'identité est marquée par la faiblesse du Moi et la relation à l'objet anaclitique, qualifiée d'utilitaire et empreinte de dépendance, c'est-à-dire mise en place pour répondre aux besoins et désirs éprouvés par l'individu. Cet aménagement permet la relation à autrui, car la conscience des besoins d'autrui et de son individualité demeure, mais se pourvoit d'actions antisociales et d'agressivité dans le but de solliciter l'attention et la réaction de l'objet, même dans un lien affectif violent.

### **Angoisse**

L'individu présentant un caractère psychopathique s'estime oublié et abandonné de l'objet et le traduit par des comportements violents, agressifs. Ceci est expliqué par un facteur de dépendance à l'objet et de dépression sous-jacente face à l'angoisse d'abandon. Une façade d'indépendance est présentée au premier plan, car ressentir et dévoiler la dépendance apparaît impensable pour l'individu.

### **Mécanismes de défense**

Le principal mécanisme de défense utilisé est le clivage, où l'une des deux parties, agressive, violente et revendicatrice, prime sur l'autre partie plus saine, mais abandonnée, souffrante et vulnérable.

### **Rapport à la réalité**

Le rapport à la réalité est préservé.