UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

# CARACTÉRISTIQUES LIÉES À L'ABANDON THÉRAPEUTIQUE CHEZ UNE CLIENTÈLE PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JESSICA BÉLIVEAU

JANVIER 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

Julie Maheux, Ph. D. — directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Dominick Gamache, Ph. D. — codirecteur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation :**

Julie Maheux, Ph. D. — directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Caroline Dugal, Ph. D. — évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Lionel Cailhol, Ph. D. — évaluateur externe
Université de Montréal

**Sommaire**

Les personnes présentant un trouble de la personnalité utilisent généralement plus de services médicaux, notamment en psychiatrie, que celles qui présentent d'autres troubles de santé mentale. Elles comptent également parmi celles qui interrompent le plus souvent leur psychothérapie avant d'avoir atteint les objectifs, un phénomène particulièrement marqué pour les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique. Cette étude vise à déterminer, auprès d'un échantillon de clients présentant ce diagnostic, quelles caractéristiques pourraient venir influencer l'engagement en thérapie et sa durée. La population étudiée est issue de données d'archives de dossiers cliniques de 79 participants ayant effectué une psychothérapie dans un centre de traitement surspécialisé pour les troubles de la personnalité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). Parmi les 79 dossiers de clients présentant un trouble de la personnalité narcissique modéré à sévère comme diagnostic principal, un échantillon de 45 participants ayant interrompu leur suivi au cours de la première année a été sélectionné pour les analyses de clusters. Les clients étant toujours actifs en thérapie au terme d'une année ont été comparés avec ceux qui ont abandonné plus tôt sur des variables en lien avec le pronostic de traitement, puis des groupes ont été obtenus par analyse de cluster en utilisant les données des clients ayant abandonné leur traitement de manière précoce sur la base de variables étant associées à l'abandon thérapeutique : (a) les facteurs pronostiques; et (b) la qualité du fonctionnement global prétraitement. Pour terminer, une comparaison des cinq groupes formés à la précédente étape a été effectuée, en fonction de variables exogènes. Les résultats soulèvent premièrement un lien positif

entre le fait d'occuper un emploi ou de poursuivre des études pendant la thérapie (jouer un rôle de vie actif) et la poursuite de la thérapie au terme d'une année. Deuxièmement, cinq profils se dégagent chez ceux ayant abandonné la thérapie à l'intérieur de ce terme en fonction de leur fonctionnement global prétraitement et des facteurs pronostiques de la Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP). Ces groupes se différencient selon leur niveau de fonctionnement (EGF), la présence de traits associés au narcissisme pathologique (hostilité, envie, défenses projectives) ou à la psychopathie (incluant un contre-transfert massif et du sadisme), la présence de bénéfices secondaires au traitement et la motivation (détresse perçue ou non, et si le participant est prêt à faire des sacrifices pour s'engager dans la thérapie). Parmi les variables exogènes utilisées pour comparer les groupes, le nombre de diagnostics de trouble de la personnalité au dossier clinique des participants et le nombre de classes de médicaments qui leur est prescrit ne les différencient pas. De manière cohérente avec une précédente étude sur une population différente (trouble de la personnalité limite), leur score total à la GFPP les différencie. Les résultats de cette recherche offrent des pistes pour identifier avant même le début du traitement les clients qui pourraient avoir un meilleur pronostic de traitement, et ainsi, adapter les interventions en conséquence.

## Table des matières

Sommaire ..... iii

Liste des tableaux ..... x

Liste des figures ..... xi

Remerciements ..... xii

Introduction ..... 1

Contexte théorique ..... 7

Trouble de la personnalité ..... 8

Prévalence ..... 10

Comorbidité ..... 11

Pronostic de traitement ..... 13

Caractéristiques sociodémographiques ..... 16

Sévérité du trouble ..... 16

Trouble de la personnalité narcissique ..... 19

Survol historique ..... 20

Évolution du diagnostic ..... 26

Prévalence et critères diagnostiques ..... 30

Comorbidités ..... 32

Diagnostic différentiel ..... 34

Prédispositions à développer un trouble de la personnalité narcissique ..... 35

Traitement du trouble de la personnalité narcissique ..... 37
Différentes approches de traitement psychothérapeutiques ..... 38
Thérapies psychodynamiques ..... 40
Psychothérapie basée sur la mentalisation ..... 40
Psychothérapie focalisée sur le transfert ..... 41
Thérapies cognitivo-comportementales ..... 43
Thérapie comportementale dialectique ..... 44
Traitements pharmacologiques ..... 46
Pronostic de traitement du trouble de la personnalité narcissique ..... 47
Abandon thérapeutique et bénéfices du traitement ..... 48
Outils d'évaluation du pronostic de traitement ..... 50
Bénéfices secondaires liés à la psychothérapie ..... 52
Motivation ..... 53
Enjeux liés au contre-transfert ..... 54
Objectifs ..... 55
Hypothèses ..... 56
Méthode ..... 58
Participants et procédure ..... 59
Instruments de mesure ..... 64
Informations sociodémographiques ..... 64
Sévérité du trouble ..... 65

Niveau de fonctionnement ..... 66

Diagnostic principal du trouble de la personnalité ..... 68

Facteurs pronostiques de l'abandon thérapeutique ..... 69

Plan d'analyse des données ..... 70

Analyse comparative des participants actifs et ceux ayant abandonné ..... 71

Analyse de clusters : formation des groupes ..... 71

Fondements méthodologiques de l'analyse de clusters ..... 72

Analyse avec le logiciel SPSS ..... 75

Choix des variables ..... 76

Analyse exploratoire ..... 76

Analyse de validation ..... 77

Analyse de clusters : comparaison des groupes ..... 77

Résultats ..... 79

Présentation des résultats ..... 80

Comparaison entre les clients ayant abandonné ou non la thérapie ..... 80

Analyses comparatives entre les participants ayant abandonné et ceux actifs à un an ..... 82

Analyses de clusters : formation des groupes ..... 84

Analyse exploratoire ..... 84

Analyse de validation ..... 87

Description des participants selon leur cluster respectif ..... 88

1. Pronostic en apparence favorable ..... 88
2. Antagoniste ..... 88
3. Faible motivation ..... 89
4. Désorganisé ..... 89
5. Psychopathique ..... 90
Analyses comparatives entre les groupes ..... 91
Discussion ..... 96
Discussion des résultats ..... 98
Comparaison entre les clients ayant abandonné ou non la thérapie ..... 101
Genre et composition familiale ..... 101
Rôle de vie actif ..... 102
Total à la GFPP et ses facteurs ..... 107
Absence de différences entre les groupes ..... 108
Analyses de clusters : formation des groupes ..... 109
Pronostic en apparence favorable ..... 109
Antagoniste ..... 111
Faible motivation ..... 111
Désorganisé ..... 112
Psychopathique ..... 114
Analyses de clusters : comparaison des groupes sur les variables endogènes et exogènes ..... 115
Limites et retombées ..... 115

Conclusion ..... 123

Références ..... 128

## Liste des tableaux

Tableau

1 Prévalence des participants en fonction de leur statut thérapeutique quant aux variables sociodémographiques et médicales ..... 81

2 Comparaison des participants en fonction de leur statut thérapeutique sur des variables liées au pronostic de traitement ..... 83

3 Comparaison des groupes selon les variables endogènes chez les patients ayant abandonné la thérapie à l'intérieur d'un an ($n$ = 45) ..... 92

## Liste des figures

Figure

1 Graphique du coude utilisé pour apprécier la qualité des différents clusters .....85

2 Dendrogramme utilisé pour apprécier la répartition des participants dans les différents clusters en utilisant la Distance de Ward.....86

**Remerciements**

Un aussi long parcours a nécessité l'appui de nombreuses personnes que je ne pourrai malheureusement pas toutes nommer, tant elles sont nombreuses. J'ai eu la chance d'avoir un soutien exceptionnel ces dernières années et je vous en remercie.

Principalement, j'aimerais remercier mes deux directeurs de recherche, Mme Julie Maheux Ph. D. et M. Dominick Gamache Ph. D., tous deux professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Vos conseils, votre rigueur et vos encouragements m'ont permis de mener à terme ce projet. Non seulement vous avez fait de moi une meilleure chercheuse, vous m'avez également aidé à grandir comme clinicienne et comme humaine. Vous avez été là autant dans les réussites que lorsque j'avais des obstacles à surmonter.

Ensuite, merci à mon entourage d'avoir été là ces dernières années pour me motiver et me soutenir. Émilie et Caroline, merci d'avoir cru en moi et d'avoir compris que même dans les moments plaisants avec vous, le doctorat occupait une grande place dans mes pensées. Yanick, merci d'avoir toujours cru en moi au fil des années et d'avoir trouvé les mots justes pour m'apporter l'énergie, la motivation et la force nécessaires pour ne jamais abandonner.

Finalement, mon parcours doctoral aura débuté par la grande perte soudaine de mon papa, mais s'est conclu par la naissance de mon fils adoré. Sans même pouvoir en être

conscients, c'est dans votre force que j'ai pu puiser toute ma motivation et ma détermination à passer au travers des dernières étapes de ce projet. Charles-Édouard, j'espère un jour t'inculquer de croire en tes rêves et de persévérer pour les atteindre, peu importe les défis sur ta route. Ta résilience, même du haut de tes 2 ans, m'impressionne déjà.

# Introduction

Au Québec et ailleurs, divers programmes de traitement spécialisés pour les troubles de personnalité ont été développés pour venir en aide à cette clientèle souvent confrontée à des refus de prise en charge de la part de certains professionnels. Par exemple, notons le Programme des troubles de la personnalité (McGill University Health Centre, n.d.), le programme spécialisé offert à cette clientèle à la clinique externe en troubles relationnels et de la personnalité (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal, n.d.), la psychothérapie basée sur la mentalisation pour les troubles de la personnalité du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean (CIUSSS-CN, n.d.). Malgré l'expertise et les approches thérapeutiques ciblées mises en œuvre au sein de ces programmes, un nombre significatif de clients interrompent leur participation dès les premières semaines de traitement (Chiesa et al., 2000).

De façon générale, les clients présentant un trouble de la personnalité tendent à utiliser davantage les services médicaux – hospitalisation, clinique interne ou externe de psychiatrie, urgence et hôpital de jour – que les clients souffrant d'autres troubles de santé mentale (Bender et al., 2001; Clarkin et al., 2007; Lenzenweger, 2008). Ils sont aussi parmi ceux qui abandonnent leur thérapie le plus tôt avant l'atteinte des objectifs (McMurran et al., 2010; Swift & Greenberg, 2012). Ce haut degré d'abandon précoce serait encore plus présent pour les clients ayant reçu un diagnostic un trouble de la

personnalité limite ou un trouble de la personnalité narcissique (Horner & Diamond, 1996; Webb & McMurran, 2009).

Dans la littérature, plusieurs études se sont penchées sur l'efficacité de traitement chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. Toutefois, peu traitent de l'abandon de la thérapie chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique (Muir et al., 2021; Ogrodniczuk et al., 2009). D'ailleurs, il existe des programmes de traitement spécifiques aux troubles de la personnalité limite, mais à notre connaissance, il existe beaucoup moins de données quant à l'efficacité des programmes de traitement ou des lignes de conduite spécifique à la clientèle narcissique.

Afin de mieux comprendre le phénomène de l'abandon précoce chez cette clientèle, cet essai doctoral a pour objectif principal de vérifier, auprès d'un échantillon de clients présentant un trouble de la personnalité narcissique et ayant abandonné leur traitement au courant de la première année, quelles caractéristiques peuvent être associées à l'abandon thérapeutique.

Pour répondre à ces questions, une première étape permettra de comparer l'échantillon de clients ayant abandonné de manière précoce la thérapie et celui des clients toujours actifs au terme d'une année quant aux :

1. Informations sociodémographiques;
2. Classes de médicaments consommés;

3. Sévérité du trouble selon la Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement (Gamache et al., 2016);
4. Facteurs pronostiques de l'abandon thérapeutique selon le total à la Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP; Gamache et al., 2017) et aux cinq facteurs qui la composent : Narcissisme (hostilité, défenses projectives, amertume, envie), Antisocialité (contre-transfert massif, psychopathie, sadisme), Bénéfices secondaires (motivation extrinsèque face au traitement, style de vie passif, conditions de vie défavorables au suivi), Faible motivation (absence subjective de détresse, refus de faire des sacrifices pour la thérapie) et traits du Cluster A (suspicion, hostilité, isolement social, contre-transfert massif).

La seconde étape visera à faire émerger des profils en fonction de deux types de caractéristiques associées aux abandons thérapeutiques soit :

1. Les cinq facteurs pronostiques composant la grille GFPP;
2. La qualité du fonctionnement global prétraitement en fonction du résultat à l'EGF.

Nous étudierons, en troisième étape, si ces profils diffèrent entre eux quant à certaines variables exogènes, c'est-à-dire des variables qui n'ont pas été prises en compte dans la formation des groupes : nombre de classes de médicaments consommés, nombre de diagnostics de trouble de la personnalité, âge des participants et total à la GFPP.

En effectuant ces différentes étapes, nous souhaitons offrir une meilleure connaissance des différentes caractéristiques et profils qui peuvent se dégager chez cette clientèle à risque d'abandonner précocement la thérapie afin d'orienter les interventions. Ainsi, il sera possible de soulever des pistes pour favoriser la mobilisation et la persévérance du client dans sa thérapie. À ce jour, peu d'études existent sur le traitement du trouble de la personnalité narcissique et ses effets à long terme comparativement à d'autres troubles (Crisp & Gabbard, 2020; Horwitz, 2023; Muir et al., 2021; Ogrodniczuk et al., 2009). Non seulement l'abandon de la thérapie entraine des conséquences sur les clients et leur entourage, mais celui-ci est également susceptible d'entrainer chez les thérapeutes un sentiment d'échec ou de rejet (Klein et al., 2003; Smith-Hansen et al., 2011). Mieux connaitre ce qui distingue les clients qui abandonnent très tôt dans leur démarche la psychothérapie peut permettre non seulement de prévenir cette fin prématurée, mais aussi de comprendre les processus impliqués et d'être mieux formé à y faire face.

Premièrement, pour répondre à l'objectif de l'essai, le contexte théorique commencera par une description sommaire du trouble de la personnalité, afin de mieux comprendre les implications cliniques liées à cette clientèle de manière plus globale. Deuxièmement, l'attention sera portée plus spécifiquement sur la définition du trouble de la personnalité narcissique, aux traitements de ce trouble, ainsi qu'au pronostic de traitement rattaché à celui-ci. Troisièmement, la méthode utilisée dans le cadre de cette étude et le plan d'analyse des données seront décrits. Finalement, les résultats de l'analyse

de clusters seront rapportés dans la section résultat, puis discutés en regard de la littérature exposée dans le contexte théorique. Nous traiterons ensuite des forces de notre étude et de ses limites, pour conclure avec un résumé des éléments principaux de cette recherche.

# Contexte théorique

Cette section se divisera en quatre parties principales. D'abord, la première partie exposera brièvement les informations nécessaires afin de connaitre ce qu'est un trouble de la personnalité et ses implications sur le plan du traitement. Par la suite, le trouble de la personnalité narcissique sera défini en fonction de son historique, sa prévalence et ses critères diagnostiques, de son évolution à travers des années et des facteurs de risque qui lui sont rattachés. À la lumière de ces informations, les traitements spécifiques au trouble de la personnalité narcissique seront abordés, puis la section se conclura avec le pronostic de traitement de cette condition.

## Trouble de la personnalité

Avant le 20$^{e}$ siècle, l'évaluation de la personnalité et de ses troubles attirait peu l'intérêt, et ce, même dans le domaine de la psychiatrie. L'étude de la personnalité a davantage connu un essor après la Première Guerre mondiale, ayant pour but notamment d'identifier certains types de personnalité et ainsi à mieux diriger les individus vers le service militaire, les entreprises et l'éducation (Horwitz, 2023).

Au Québec, près d'une personne sur cinq sera atteinte d'un problème de santé mentale au cours de sa vie (Institut de la statistique du Québec, 2015). Parmi les problèmes de santé mentale susceptibles d'être rencontrés, le trouble de la personnalité affecterait 7,8 %

de la population (Winsper et al., 2020). Dans les cliniques de traitement psychiatrique, cette proportion augmente entre 45 et 51 % aux États-Unis (Beckwith et al., 2014).

Le trouble de la personnalité correspond à une condition de santé mentale dans laquelle on retrouve un mode de conduites et une expérience de vie qui diffèrent de celles qui sont davantage attendues et acceptées socialement. Ce trouble envahissant est caractérisé par une rigidité qui fait surface à l'adolescence ou en début d'âge adulte, et qui tend à se stabiliser dans le temps. Les personnes qui reçoivent ce diagnostic présentent de la souffrance ou une altération importante de leur fonctionnement (American Psychiatric Association [APA], 2023). Cette souffrance amène cette clientèle à être des utilisateurs récurrents de soins médicaux et de traitements pharmaceutiques (Hörz et al., 2010). Une majorité de patients présentant un trouble de la personnalité sévère est hospitalisée au moins une fois en psychiatrie au cours de sa vie (Keuroghlian et al., 2013).

Au Québec, il est difficile d'obtenir des statistiques récentes sur la présence des clients présentant un trouble de la personnalité dans les services médicaux et sociaux. Les dernières données ont été présentées dans le cadre de la *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec* (INSPQ, 2015) et elles concernaient seulement une catégorie (anciennement Groupe B) de troubles de la personnalité. Ces clients avaient consulté dans une grande proportion un médecin de famille en cabinet (près de 80 %), un psychiatre en clinique externe (près de 65 %), à l'urgence (près de 45 %) et certains avaient eu recours à l'hospitalisation (20 %). Il faut toutefois considérer que ces données concernent

seulement les clients ayant à leur dossier la mention d'un trouble de la personnalité par le biais de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Afin de mieux définir et comprendre ce qu'est un trouble de la personnalité, les prochaines sous-sections traiteront de sa prévalence, des comorbidités qui peuvent y être associées et du pronostic de traitement en fonction de différentes variables.

**Prévalence**

La prévalence de chacun des troubles de la personnalité est variable. Certains touchent davantage les hommes, comme la personnalité antisociale (Fitzgerald & Demakis, 2007) ou narcissique (Pulay et al., 2011). Les femmes, quant à elles, tendent à présenter davantage des diagnostics de troubles de la personnalité limite (Bjorklund, 2009) et histrionique (Annigeri et al., 2024; Bakkevig & Karterud, 2010). Les troubles de la personnalité seraient plus fréquents dans les pays occidentaux qu'ailleurs dans le monde; la raison demeure incertaine bien que les auteurs avancent des hypothèses, p. ex., l'influence de facteurs culturels dans l'évaluation de la santé mentale (Horwitz, 2023; Miric, 2012; Yakeley, 2018).

Dans une étude réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015), la prévalence annuelle (nouveau diagnostic par année) des troubles de la personnalité au Québec en 2011 et 2012 serait de près de 3,6 par millier d'habitants; les

femmes étant plus souvent diagnostiquées que les hommes (prévalence de 4,3 pour mille habitants chez les femmes et de 3,0 chez les hommes). Toutefois, les femmes ont tendance à davantage consulter des professionnels de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale que les hommes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018), ce qui pourrait influencer les prévalences rapportées en fonction du genre. Lorsque les données du début des années 2000 sont comparées à celles de 2011-2012, le nombre annuel de diagnostics est en hausse. La prévalence globale des troubles de la personnalité au Québec est estimée à 2,6 % (INSPQ, 2015), ce qui est surprenant considérant les résultats exposés plutôt issus de la méta-analyse de Winsper et ses collègues (2020). Une limite méthodologique liée à ces résultats pourrait provenir des données utilisées pour parvenir au calcul de la prévalence; en effet, seuls les diagnostics inscrits au fichier des services médicaux ou au fichier des hospitalisations étaient pris en compte.

**Comorbidité**

La comorbidité fait référence à toute condition clinique distincte qui coexiste avec, ou survient, au cours de l'évolution d'une autre maladie ou affection. Il y a donc une co-occurrence de deux ou plusieurs maladies ou troubles distincts, chez le même individu (Brown & Thorsteinsson, 2020). Chez les personnes présentant des troubles de la personnalité, il arrive très fréquemment qu'il y ait comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale (Asp et al., 2020; Silverman & Krueger, 2018). Ces taux élevés peuvent remettre en question l'utilisation de catégories distinctes dans les manuels diagnostiques tels que le DSM au profit d'une approche davantage dimensionnelle. Par exemple, le

trouble de la personnalité limite aurait comme comorbidité le trouble de la personnalité antisocial dans 25 % des cas et le trouble de la personnalité narcissique dans 15 % des cas (Gunderson & Links, 2014). Selon une étude de Rebok et ses collègues (2015), près de 80 % des clients présentant un trouble de la personnalité limite ont également un diagnostic de dépression majeure. Ce taux diminue pour d'autres études (Gunderson & Links, 2014). Parmi les autres comorbidités rencontrées chez ces clients, notons le trouble bipolaire (15 %), le trouble panique (50 %), le stress post-traumatique (30 %), l'abus de substances (35 %) et les troubles alimentaires (20 %; Gunderson & Links, 2014). Les troubles alimentaires sont également une source de comorbidité importante chez les clients ayant un trouble de la personnalité évitante, dépendante, et obsessionnelle-compulsive (Pomerleau, 2001). La toxicomanie est également présente en comorbidité chez la population présentant un trouble de la personnalité, principalement pour les troubles de la personnalité antisociale et limite (Kokkevi et al., 1998).

Quelques modèles explicatifs de la comorbidité dans les troubles de personnalité ont été proposés afin de tenter d'expliquer les raisons pour lesquelles elle peut être aussi élevée. Les auteurs de ces modèles suggèrent que la comorbidité puisse être présente parce que certaines caractéristiques des personnes présentant un trouble de la personnalité augmentent le risque de présenter un ou d'autres troubles ou d'en exacerber les symptômes (Silverman & Krueger, 2018). Par ailleurs, certains critères se recoupent dans les différents troubles de la personnalité en fonction des diagnostics du DSM-5. Par conséquent, certains auteurs se questionnent sur la réelle comorbidité entre certains

troubles et ainsi, sur la prise en charge qui sera la plus optimale en fonction des symptômes (p. ex., Clarkin, 2008; Diamond et al., 2013; Kernberg & Caligor, 2005). Pour Bricaud et ses collègues (2012), des traits liés au tempérament et au caractère se recoupent dans différents troubles de la personnalité. Ces éléments permettent de se questionner sur l'efficacité de programmes conçus pour traiter spécifiquement certains troubles de personnalité lorsqu'il y a comorbidité avec un autre trouble.

**Pronostic de traitement**

Un défi majeur, lorsqu'on se penche sur l'étude du pronostic de traitement de clients présentant un trouble de la personnalité, est le manque de données sur cette clientèle générale. Plusieurs études existent en lien avec le trouble de la personnalité limite, mais peu traitent d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Certaines catégories de variables ressortent dans la littérature pour regrouper les facteurs liés à l'abandon thérapeutique chez cette clientèle. Ces catégories incluent des variables individuelles liées au client telles que les traits de personnalité, le niveau de fonctionnement psychologique prétraitement et les comorbidités (Silverman & Krueger, 2018), ainsi que des variables liées au thérapeute ou au type de thérapie utilisée (Livesley & Larstone, 2018). La recension des écrits abordera trois autres variables qui pourraient être liées à l'abandon : les caractéristiques sociodémographiques, la sévérité du trouble et la perception du client face à ses enjeux et aux soins à recevoir.

Tout d'abord, il est parfois difficile de définir ce qu'est un abandon de soins. Dans le domaine de la psychothérapie, les avis diffèrent sur la définition de l'abandon à privilégier en fonction des chercheurs (Swift & Callahan, 2009) et cela rend difficile la codification des données liées à l'abandon thérapeutique dans le cadre de méta-analyses ou lorsqu'il est nécessaire d'opérationnaliser cette variable en recherche. À cet effet, plusieurs études ne feraient pas la différence entre un abandon de la thérapie par le participant et une exclusion initiée par l'intervenant ou le milieu (Arntz et al., 2023).

Dans une étude de Busmann et ses collègues (2023), l'abandon thérapeutique était défini par l'absence au centre de traitement des participants pour l'ensemble du programme de traitement de 80 jours. Tant que le participant était présent, il était considéré comme actif en thérapie, et ce, sans tenir compte de son implication dans les soins. Pour d'autres, c'est le jugement du thérapeute qui permet de déterminer si le client a mis fin au processus avant que les objectifs aient été atteints ou que l'évolution ait été jugée satisfaisante (Brogan et al., 1999; Diamond & Liddle, 1996). D'autres études se basent plutôt sur le nombre de sessions ou de mois au cours desquels le client était considéré comme étant en thérapie et sur son assiduité en rencontre (Hatchett et al., 2002).

Dans une méta-analyse portant sur le respect de la préférence du type de traitement du client en psychothérapie en comparaison avec l'adhérence au suivi, tout type de diagnostic confondu, il y avait un lien positif entre le fait de recevoir le traitement voulu et de mener à plus long terme le processus. Également, une association positive modérée

était soulevée entre le respect du choix du client et la qualité de l'alliance thérapeutique (Windle et al., 2020), ce qui pourrait indiquer qu'il y a une certaine motivation intrinsèque chez eux à entreprendre le suivi.

Le pronostic de traitement de patients présentant un trouble de la personnalité varierait selon les études. Une méta-analyse, spécifique à la clientèle présentant un trouble de la personnalité, peu importe le type, a révélé un taux moyen d'abandon de 37,5 % pour les thérapies individuelles (McMurran et al., 2010). Chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite, ce taux aurait tendance à osciller entre 22,3 % et 29,9 % (Iliakis et al., 2021). Cette différence entre les études peut s'expliquer notamment par la définition employée pour définir l'abandon thérapeutique (Swift & Greenberg, 2012; Zimmermann et al., 2017).

Parmi les études, les raisons pour lesquelles les clients présentant un trouble de la personnalité abandonnent précocement la thérapie sont multiples. Les plus fréquentes concernent l'insatisfaction face au traitement (15,1 %), l'expulsion du traitement pour différentes raisons (13,4 %) – par exemple, en raison de gestes violents envers soi ou autrui –, le manque de motivation ou d'intérêt (12,3 %), des évènements de vie ayant mené à l'arrêt de la thérapie (10,1 %), la peur du traitement (9,5 %) et l'impression que le traitement n'était pas aidant (8,9 %; Iliakis et al., 2021).

Dans l'ordre, les prochains paragraphes porteront sur des caractéristiques liées au pronostic de traitement, soit les caractéristiques sociodémographiques et la sévérité du trouble avant le début du traitement.

### *Caractéristiques sociodémographiques*

L'abandon thérapeutique en contexte de traitement d'un trouble de la personnalité serait corrélé négativement à l'âge pour certains auteurs (Thormählen et al., 2003). Dans leur étude sur les facteurs personnels pouvant prédire l'abandon en thérapie chez les patients présentant un trouble de la personnalité, une différence significative de presque huit ans était retrouvée entre ceux qui ont abandonné ($M$ = 30,4) et ceux ayant complété celle-ci ($M$ = 37,7). L'abandon de la thérapie avant l'atteinte des objectifs serait aussi lié à un faible niveau d'éducation (Ogrodniczuk et al., 2008), au genre (être un homme) et au statut matrimonial (ne pas être en couple). L'abandon thérapeutique pourrait être également prédit par une absence d'emploi ou d'un rôle actif, par exemple être aux études (Gamache et al., 2018a).

### *Sévérité du trouble*

Avant même le début du traitement, la sévérité du trouble de la personnalité peut venir influencer le pronostic de traitement. L'intensité de la détresse liée aux symptômes en début de thérapie serait d'ailleurs liée positivement aux bénéfices en psychothérapie (Ogrodniczuk et al., 2011). Ces auteurs posent l'hypothèse que cette détresse peut motiver le client à s'impliquer dans sa thérapie. L'abandon thérapeutique serait également lié au

nombre de diagnostics (selon une évaluation catégorielle) de trouble de la personnalité qu'aurait le patient : plus il présente de diagnostics différents de troubles de la personnalité, plus il risque d'abandonner précocement la thérapie (Webb & McMurran, 2009). Dans la même optique, l'abandon thérapeutique serait lié au nombre de critères diagnostiques remplis : plus il y a de critères de trouble de la personnalité rencontrés, plus il y a de risque d'abandonner la thérapie (Karterud et al., 2003). L'importance et les impacts des critères remplis ne seraient pas les mêmes pour tous les troubles de personnalité; ainsi, avoir reçu un diagnostic de trouble du groupe[1] A ou B serait davantage associé à l'abandon thérapeutique que pour le groupe C (Thormählen et al., 2003). Pour les deux premiers groupes, on compte près de 50 % des participants qui ont abandonné de manière prématurée leur thérapie, alors que pour les participants présentant un trouble de la personnalité du groupe C, ce taux était de 25 %. Les auteurs interprètent ces résultats à la lumière des difficultés rencontrées dans le cadre du traitement fréquemment documenté pour les troubles de la personnalité paranoïaque, limite et antisocial.

La grille de fonctionnement *Global Assessment of Functioning* (EGF; Spitzer et al., 1996) est entre autres utilisé afin d'obtenir des informations sur le fonctionnement global d'une personne en phase de prétraitement. L'échelle a été créée afin d'offrir des informations sur le niveau d'atteinte du fonctionnement d'une personne, de déceler le

[1] Les différents groupes (A, B, C) sont formés de trouble de la personnalité ayant des similarités entre eux. Le groupe A inclut les troubles de personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Le groupe B inclut les troubles de personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Le groupe C inclut les troubles de personnalité évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives (APA, 2015).

besoin d'une aide professionnelle et de refléter les changements dans le fonctionnement au fil du temps (Pedersen & Karterud, 2012). Cet outil, découlant de différentes mesures introduites depuis plus de cinquante ans (Pedersen & Karterud, 2012), a été présenté d'abord dans le DSM-IV. Il aurait pour avantage d'être facile à utiliser et d'avoir été utilisé dans plusieurs études au fil des années (Monrad Aas, 2010; Dimsdale et al., 2010), ce qui permet plus facilement la comparaison des données sur le fonctionnement global des clients.

Certains chercheurs remettant en question ses propriétés psychométriques, notamment sa validité et sa fidélité interjuge, l'outil n'est plus autant utilisé en recherche maintenant (Dimsdale et al., 2010; Gold, 2014) a été remplacé par une nouvelle version dans le DSM-5 (*WHO Disability Assessment Schedule*). Elle se voudrait maintenant plus détaillée et objective, tout en obtenant de meilleures qualités psychométriques (Gspandl et al., 2018). Les données issues de l'évaluation à l'aide de cette échelle seraient liées à l'abandon thérapeutique : plus le niveau de fonctionnement général du client au départ est faible, plus il y aurait un risque d'abandon précoce la thérapie (Busmann et al., 2023; Karterud et al., 2003).

Selon une revue de la littérature de Monrad Aas (2011), l'EGF présente une bonne fidélité générale. Celle-ci a été considérée comme acceptable dans plusieurs études, surtout lorsque l'outil est utilisé par des évaluateurs d'expérience qui sont entrainés pour le faire (Dworkin et al., 1990). Cependant, les validités concurrentes et prédictives

pourraient être problématiques lorsqu'utilisées afin d'évaluer le changement clinique chez un patient (Monrad Aas, 2011). À cet effet, des chercheurs (Dimsdale et al., 2010; Gold, 2014) avaient exposé la nécessité d'avoir des échelles distinctes pour mesurer différents domaines du fonctionnement, au lieu d'y aller de manière plus générale comme pour l'EGF. Sur le plan clinique, une différence significative a été observée à l'EGF entre des patients présentant un trouble de la personnalité qui abandonnent prématurément la thérapie comparativement à ceux qui la poursuivent (Gamache et al., 2017).

En résumé, le trouble de la personnalité touche une proportion non négligeable de clients qui consultent en psychothérapie. Certains facteurs entrent en ligne de compte sur l'efficacité qu'aura la thérapie, bien que les résultats des études soient parfois contradictoires. Le trouble de la personnalité limite a été souvent étudié afin d'adapter les traitements à cette clientèle, alors que le traitement du trouble de la personnalité narcissique demeure relativement peu étudié. Très peu de travaux empiriques se sont intéressés aux bonnes pratiques envers cette clientèle; les connaissances gagneraient à être enrichies par de nouvelles études afin de ne plus avoir autant à utiliser les thérapies conçues pour d'autres troubles de la personnalité pour traiter les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique.

## Trouble de la personnalité narcissique

La prochaine section comprendra un survol historique du trouble, l'évolution du diagnostic, de sa prévalence et de ses critères diagnostiques. Par la suite, les comorbidités,

le diagnostic différentiel et les prédispositions à développer un trouble de la personnalité narcissique seront abordés.

**Survol historique**

Afin de mieux comprendre la définition du trouble de la personnalité narcissique, un bref survol historique s'impose.

D'abord, le terme narcissisme aurait été proposé par Paul Näcke (1899) afin de décrire les individus qui accordaient une grande importance à leur corps, de la même manière qu'ils le feraient envers un objet sexuel. Par la suite, il ajouta à sa conception que le narcissisme proviendrait d'une perversion qui prend toute la place dans la vie sexuelle de l'individu. Ellis (1914) serait également un des premiers à avoir décrit le narcissisme en tant qu'attitude (manière d'agir et d'être) peu avant Näcke, se partageant la paternité de ce terme (Fonagy & Allison, 2012; Yakeley, 2018).

Freud (1905), dans ses Trois essais sur la théorie sexuelle, aura également eu un apport sur l'évolution du narcissisme en le décrivant sous l'angle libidinal (Horwitz, 2023). Sa théorie aura évolué au fil des années et de ses écrits. Selon ses écrits, les individus présentant un haut niveau de narcissisme qui persiste à l'âge adulte tendent à l'autopréservation. Ils sont vus comme étant grandement indépendants, à tendance extravertie, agressifs et difficilement intimidés, incapables d'aimer ou de tolérer une relation à forte intimité. Durant cette période, le premier lien est fait entre le narcissisme

et l'agression. Malgré ces caractéristiques, Freud (1931) soulève que ces personnes attirent l'attention et peuvent se retrouver dans des rôles où le leadership est prôné (Levy et al., 2012). Peu avant le texte de Freud (1914) sur le narcissisme, Rank (1911) aurait écrit le premier article psychanalytique sur le narcissisme (Yakeley, 2018).

En parallèle, Wälder (1925) fut le premier à proposer un concept de personnalité narcissique. Il n'a pas inventé le concept du narcissisme, mais a orienté celui-ci vers une compréhension davantage structurelle et relationnelle. Ultérieurement, l'auteur a tenté de définir et mieux comprendre les fonctions (p. ex., se gratifier, se défendre, punir, etc.) des symptômes présentés par les clients (Wälder, 1930). Le concept de la personnalité narcissique devient alors de plus en plus complexe et il commence à appliquer ses théories pour analyser certains comportements criminels (Wälder, 1936). Certains auteurs précisent que pour Wälder, les personnes narcissiques sont vues comme étant condescendantes, ayant un sentiment d'être supérieures à autrui et incapables de faire preuve d'un niveau adéquat d'empathie. Ces personnes seraient davantage préoccupées envers eux-mêmes que par les gens qui les entourent (Levy et al., 2012), ce qui peut effectivement être observé chez certains criminels.

Peu après Freud et Wälder, et sur la base des observations de ses prédécesseurs, Reich (1933) propose une variante à la théorie sur le narcissisme en introduisant le caractère narcissique-phallique. Reich (1945) considère le narcissisme comme étant une armure caractérielle, soit une protection contre l'angoisse et les frustrations. Il maintient le lien

entre le narcissisme et l'agression, tout en ajoutant une explication sur leur dynamique et des exemples cliniques pour illustrer ses propos (Reich, 1949).

Le narcissisme prend une direction légèrement différente lorsque Horney (1939) propose de voir le concept sous forme de trait de caractère et qu'elle souligne l'apport de l'environnement interpersonnel sur les facteurs qui contribuent au développement du narcissisme pathologique. Elle ajoute aux caractéristiques déjà soulevées différents types de narcissisme : agressif-expansif, perfectionniste et arrogant-revendicateur (Horney, 1950; Yakeley, 2018). Une première distinction est aussi faite par Horney (1950) entre le narcissisme lié à l'estime de soi qui demeure sain et le narcissisme pathologique. Elle propose l'utilisation du terme narcissisme pour caractériser la manifestation d'une auto-inflation de l'estime de soi qui est irréaliste – c'est-à-dire, lorsqu'il n'y a aucun fondement à l'admiration et à l'évaluation excessivement positive que se porte l'individu (Yakeley, 2018).

Pour imager les propos de Horney (1950), un athlète olympique pourrait mettre de l'avant ses aptitudes et ses réalisations sans que ce soit considéré comme du narcissisme pathologique. Par ses victoires et sa progression, l'athlète peut avoir conscience de sa valeur sur le plan sportif, et sa grandiosité est mesurable par ses performances. Il n'y a donc pas une estime de soi qui est irréaliste.

À un stade ultérieur, Winnicott (1960) soulève aussi l'apport de l'environnement sur le développement du narcissisme, dès les premières interactions avec la figure maternelle. Le donneur de soins agit comme un miroir afin de refléter à l'enfant ses émotions, ses capacités et sa valeur. Tout comme Horney (1950), Winnicott (1960) met de l'avant que le narcissisme peut être sain lorsque l'enfant se développe en se sentent vu et compris. Lorsque ce qui est reflété par le donneur de soins n'est pas constant ou fiable, l'enfant peut se développer en ressentant un sentiment de vide, en présentant une identité fragile ou en survalorisant ses aptitudes et ses qualités (Roussillon, 2010).

Kohut (1971) et Kernberg (1976) ont eu un apport considérable sur l'évolution du narcissisme, passant de considérations essentiellement conceptuelles, théoriques ou descriptives à une utilisation des connaissances dans une perspective diagnostique et thérapeutique. Avec l'apport de ces auteurs, le narcissisme (dans son versant pathologique) entre dans une nouvelle phase pour être reconnu en tant que trouble de la personnalité dans le DSM-III (APA, 1980). Bien que certaines théories ou conceptions se confrontent pour Kohut (1971) et Kernberg (1976), les deux auteurs reconnaissent que le narcissisme fait partie d'un développement normal et nécessaire, et que le parentage inadéquat serait une des causes sous-jacentes du développement du trouble de la personnalité narcissique (Schmidt, 2019).

En 1967, Kernberg a d'abord présenté une description clinique de ce qu'il appelait une structure de personnalité narcissique. Plus tard, il a suggéré un diagnostic basé sur des

comportements observables, puis fait la distinction entre le narcissisme normal et pathologique (Kernberg, 1976). Pour Kernberg, les individus qui présentent un trouble de la personnalité narcissique auraient une fixation narcissique infantile et n'auraient pas intégré les trois structures principales : soi idéal, objet idéal et image de soi. En contrepartie, il y aurait fusion du Moi et du Surmoi comme défense contre la réalité externe qui serait perçue comme intolérable (Schmidt, 2019). De manière plus simplifiée, nous pouvons comprendre que les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique auraient de la difficulté à développer une image claire et stable d'eux-mêmes et des autres. Lorsque le client perçoit une situation comme étant trop difficile ou menaçante (p. ex., pour son ego), il utilise sans même en avoir conscience des stratégies qui peuvent venir teinter la façon dont il se perçoit ou perçoit son entourage. Leurs relations peuvent donc devenir plus compliquées ou instables.

Les personnes présentant un narcissisme pathologique, pour Kernberg (1976), auraient une très grande préoccupation de soi et présenteraient d'importantes perturbations dans leurs relations aux autres. Ces personnes peuvent en surface avoir l'air de bien s'adapter sur le plan social – d'ailleurs elles peuvent occuper de hautes fonctions professionnelles – mais elles jonglent avec des ambitions intenses, un sentiment d'infériorité, des sentiments de vide et d'ennui, de même qu'avec une hyperdépendance envers l'admiration et les approbations extérieures (Kernberg, 2016).

Selon Kernberg (1992), le trouble de la personnalité narcissique se développerait en réaction à un contexte familial où il y a de la part des parents des comportements de rejet, de dévaluation et dans lequel ces derniers satisferaient d'abord leurs propres besoins au détriment de celui de leurs enfants. Cet environnement invalidant peut osciller entre d'un côté la froideur et la négligence, et de l'autre, l'attention intrusive envers l'enfant. Ce serait donc en défense contre le rejet et la dévaluation que l'enfant se retirerait en se créant une représentation de soi grandiose. Une nuance est toutefois à apporter, dans la mesure où cette représentation de soi ne serait pas que fausse; au-delà de la représentation fantaisiste, elle serait aussi constituée d'aspects réels (Levy et al., 2012). L'enfant conserve le contact avec la réalité et une certaine justesse dans la perception de celle-ci. Certains éléments sur lesquels il base sa représentation sont justes, mais ils peuvent être amplifiés de manière à lui être favorables.

Pour Kohut (1971), le narcissisme primaire (sain) fait partie d'une des étapes développementales essentielles de l'évolution optimale de l'enfant. Lors de cette étape normale et souhaitée du développement, l'enfant essaie de s'identifier à ses parents pour se développer en ayant des modèles positifs (Jacoby, 2016; Levy et al., 2012). Au cours de leur développement, le narcissisme peut prendre une tournure davantage pathologique chez certaines personnes. Le narcissisme pathologique se développe lorsque l'enfant ne peut pas intégrer adéquatement et de manière réaliste la perception de soi et la perception de l'objet (Kohut, 1977). Cette intégration émerge de la frustration qui est nécessaire de vivre en jeune âge, par exemple lorsque les besoins ne sont pas toujours immédiatement

répondus (Cohen & Hulsey, 2022; Schmidt, 2019; Yakeley, 2018). À la base, l'enfant présente un sens omnipotent de son pouvoir et de l'effet sur son entourage, qui se module au fil de ses expériences avec ses donneurs de soins et dans les relations qu'il tisse avec son entourage (Cohen & Hulsey, 2022).

Lorsque le processus se déroule positivement et que l'enfant parvient à différencier ce qui lui appartient de ce qui appartient à ses parents, il parviendrait à développer un soi bien intégré, avec des ambitions et objectifs de vie réalistes. Toutefois, lorsque le soi grandiose ne serait pas bien modulé (p. ex., si l'enfant reçoit « en miroir » de ses parents uniquement ses caractéristiques positives ou négatives), il y aurait échec à intégrer de manière congruente les différentes parties de sa personnalité (Levy et al., 2012).

Grâce à ces auteurs ayant forgé les bases de la conception du narcissisme, le narcissisme en tant que trouble sera intégré dans les manuels diagnostiques quelques années plus tard.

**Évolution du diagnostic**

Le diagnostic du trouble de la personnalité narcissique est assez récent comparativement à celui d'autres troubles mentaux (Reynolds & Lejuez, 2011). Il revêt un caractère controversé encore aujourd'hui, notamment par le manque de consensus sur les caractéristiques essentielles du trouble (Caligor & Stern, 2020; Gabbard & Crisp,

2018). Sa première apparition dans la nomenclature psychiatrique officielle est survenue en 1980 dans le DSM-III (Reynolds & Lejuez, 2011) par les travaux de Kohut (1968).

Auparavant, ce diagnostic n'était pas présent dans les éditions du DSM ni dans la Classification internationale des maladies (CIM). À cette époque, les critères menant au diagnostic n'étaient pas encore déterminés de façon empirique ni à l'aide d'études cliniques (Horwitz, 2023; Reynolds & Lejuez, 2011).

Déjà, dans les années 80, des critiques étaient soulevées quant aux critères diagnostiques employés, au manque de données empiriques, et aux frontières floues avec d'autres diagnostics. Des questions étaient également soulevées quant à l'utilisation d'un système de diagnostic catégoriel (Horwitz, 2023; Reynolds & Lejuez, 2011). Les défis avec l'évaluation de la personnalité sont multiples, encore aujourd'hui. Notamment, il n'est pas toujours aisé de faire la différence entre des symptômes et des traits de caractère non pathologiques. Un individu peut avoir tendance à exposer une grande estime de lui et de ses accomplissements (trait en lien avec le narcissisme), sans vivre de la détresse, en faire vivre à son entourage, ou présenter une altération importante de son fonctionnement. De plus, il n'est pas toujours facile de séparer les troubles de la personnalité du comportement qui diffèrent de la norme ou de l'influence de la société (Horwitz, 2023; Yakeley, 2018). La même personne pourrait être perçue différemment selon son pays d'appartenance. Certaines cultures ne reconnaissent pas ce trouble ou observent une prévalence qui est nettement moindre qu'en Amérique (Horwitz, 2023; Yakeley, 2018).

Par exemple, aux États-Unis, la société est perçue davantage comme étant individualiste, orientée vers le succès et la popularité. En contrepartie, certaines cultures asiatiques prônent davantage le collectivisme (Foster et al., 2003), et la prévalence du trouble y serait particulièrement faible.

Au fil des éditions du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, quelques changements sont apparus dans la façon de diagnostiquer le trouble de la personnalité narcissique. Du DSM-III au DSM-III-R (APA, 1987), des modifications ont été observées quant aux critères diagnostiques. Premièrement, les perturbations dans les relations interpersonnelles étaient traitées de manière plus large dans la plus vieille édition. Les individus devaient présenter deux symptômes parmi les quatre proposés pour que le critère soit rempli dans le DSM-III. Dans le DSM-III-R, les quatre symptômes en question ont été transformés en trois critères distincts. Le symptôme retiré dans l'édition du DSM-III-R était trop similaire à un critère du trouble de la personnalité limite (relations caractérisées par l'idéalisation et la dévaluation). Deuxièmement, le critère A du DSM-III a été divisé en deux critères au lieu de traiter simultanément de la grandeur et du caractère unique. Le DSM-III-R divise ainsi la grandeur (critère 3) et l'unicité (critère 4). Troisièmement, un nouveau critère s'est ajouté lors de la troisième édition révisée, lié à l'envie (Reynolds & Lejuez, 2011).

Du DSM-III-R (APA, 1987) au DSM-IV-TR (APA, 2000), un changement de critère a également été effectué. Dans la plus ancienne des versions, le premier critère était le

suivant : « Réagit aux critiques par des sentiments de rage, de honte ou d'humiliation (même si cela n'est pas exprimé) » (APA, 1987, p. 395). Dans la version subséquente, ce critère disparait pour faire place au suivant : « Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains » (APA, 2000, p. 826). Par ce changement, la réactivité du client narcissique n'est pas nécessairement reliée à la critique d'autrui. Aucun changement quant aux critères n'a été effectué entre l'édition de 2000 et le DSM-5 (APA, 2015).

Dans l'évolution de ces éditions, certaines limites ont été soulevées : augmentation drastique de la prévalence des troubles de la personnalité lors de la parution du DSM-III-R, hausse également de la comorbidité entre troubles de la personnalité, absence de consensus sur certains critères du trouble de la personnalité narcissique et débat sur l'utilisation d'une approche catégorielle plutôt que dimensionnelle (Reynolds & Lejuez, 2011). Les questionnements quant à la validité du diagnostic de trouble de la personnalité narcissique par l'utilisation de l'approche catégorielle se poursuivent (Ogrodniczuk et al., 2009).

Lors des travaux sur la préparation du DSM-5, l'approche dimensionnelle pour l'évaluation des troubles de la personnalité semblait être davantage mise de l'avant que l'approche catégorielle (Horwitz, 2023). Un groupe de travail sur la personnalité et les troubles de la personnalité proposait d'abandonner les catégories présentent dans les éditions précédentes afin d'utiliser un modèle dimensionnel (Skodol et al., 2011). L'un des buts d'une nouvelle approche d'évaluation était d'inclure un continuum permettant de

statuer sur la sévérité des symptômes (Skodol, 2012) en plus d'avoir accès aux traits pathologiques. Ainsi, il était jugé plus aisé de pouvoir statuer sur un degré de sévérité de trouble (Ronningstam, 2013) et d'orienter les traitements. Cela aurait également pu améliorer, selon certains auteurs, la validité du diagnostic, se rapprochant davantage de ce qui est observé en clinique quant à l'éventail de symptômes et d'intensité (Yakeley, 2018). Toutefois, malgré les avantages soulevés par le groupe de travail, cette approche a été reléguée à la Section III du DSM-5, consacrée aux mesures et modèles émergents (Miller, 2022). Lors de la création de la cinquième édition du DSM (APA, 2015), le comité responsable de ce nouvel ouvrage se questionnait même sur la nécessité de garder le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique (Horwitz, 2023).

**Prévalence et critères diagnostiques**

Le trouble de la personnalité narcissique aurait une prévalence de 6,2 % dans des échantillons de la population générale des États-Unis, affectant davantage les hommes (7,7 %) que les femmes (4,8 %). Les personnes qui ne seraient pas en couple et les jeunes adultes seraient plus souvent diagnostiqués que les autres (Stinson et al., 2008). Le taux grimperait à un peu plus de 16 % dans les cliniques psychiatriques (APA, 2023; Lenzenweger, 2008). Selon certains auteurs, le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique demeurerait sous-diagnostiqué (Muir et al., 2021), ces clients consultant peu en psychothérapie autrement que lorsque survient une période de crise.

Sur le plan diagnostique, le trouble de la personnalité narcissique se caractérise par la présence de certaines manifestations parmi plusieurs énumérée dans le DSM-5-TR. D'abord, l'individu peut présenter un sens grandiose de sa propre importance et des fantaisies hors normes (succès, pouvoir, splendeur, beauté, amour idéal). Il ressort également chez cette clientèle le sentiment d'être spécial et unique; l'individu pense être admis ou compris seulement par des gens ou des institutions spéciales et de haut niveau. Un besoin excessif d'être admiré et un sens des prérogatives (c.-à-d., s'attendre à ce que tout lui soit dû) peuvent aussi être présents. Sur le plan social, l'individu présentant un trouble de la personnalité narcissique peut avoir tendance à exploiter d'autres personnes dans les relations interpersonnelles et faire preuve d'un manque d'empathie, envier fréquemment les autres et croire que les autres l'envient. Finalement, il peut démontrer des attitudes et des comportements arrogants et hautains (APA, 2023).

Sur le plan de l'évaluation, le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique peut être difficile à poser pour différentes raisons. Premièrement, la personne peut tout de même maintenir un fonctionnement relativement adéquat en ayant des qualités, des habiletés et des compétences élevées. Dans la société, ce sont des caractéristiques qui peuvent être encouragées et valorisées (Ronningstam, 2012). Lorsque les clients se sentent compris et acceptés par les autres, les manifestations du narcissisme peuvent s'amoindrir (Kaufmann & Kaufmann, 2023). Un fonctionnement sain peut coexister avec des traits pathologiques du narcissisme en fonction des contextes et des relations interpersonnelles (Yakeley, 2018). Deuxièmement, certains vivent le narcissisme de manière plus

introvertie, présentant de l'insécurité, de la gêne et de l'hypersensibilité, et d'autres de manière plus extrovertie, alliant prétention et arrogance. Le portrait clinique peut donc être bien différent d'un client à l'autre, même s'ils obtiennent le même diagnostic.

**Comorbidités**

Plusieurs clients qui ont reçu un diagnostic du trouble de la personnalité narcissique présentent également d'autres diagnostics ou d'autres enjeux qui peuvent s'apparenter à ce qu'on retrouve dans d'autres conditions, ce qui influence le pronostic de traitement (Crisp & Gabbard, 2020). Les clients ayant pour comorbidité des traits obsessionnels auraient un meilleur pronostic de traitement selon Kernberg (1970), de même que ceux qui ont une certaine capacité à contrôler leurs impulsions. Pour cet auteur, le pronostic de traitement de la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique dépendrait grandement de la structure de leur personnalité et de leur niveau de fonctionnement du Moi (Kernberg, 1976). Chez les clients présentant des traits obsessionnels, par exemple un souci de l'ordre, besoin de contrôle, ayant un sens moral développé et une capacité à être en contact avec la culpabilité, le Surmoi et le Moi seraient davantage intégrés. Ce faisant, ces clients pourraient être plus enclins à respecter le cadre thérapeutique, utiliser des mécanismes de défense plus évolués et reliés à la réalité, ou accepter une certaine part de responsabilité sur son implication dans le suivi (Kernberg, 1984, 2004). Plusieurs clients présentant un trouble de la personnalité narcissique et ayant un haut niveau de fonctionnement présenteraient des traits d'obsession et de compulsion (Crisp & Gabbard, 2020). Toutefois, le sens moral des clients présentant un trouble de la personnalité

narcissique étant davantage orienté vers l'autopréservation et le maintien du contrôle plutôt que d'être au service de l'autre (Harding, 2022), il demeure improbable que la présence de traits obsessionnels améliore significativement le pronostic de traitement.

En contrepartie, les clients qui ne démontreraient aucun contrôle de l'impulsivité et ceux qui tolèreraient difficilement l'anxiété présenteraient davantage de risque de ne pas terminer la thérapie. L'anxiété mènerait souvent à des passages à l'acte chez ces patients ou à l'intensification des symptômes narcissiques (Kernberg, 1970).

Les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique peuvent également présenter d'autres diagnostics de trouble de la personnalité, ou en présenter certains traits. Le trouble de la personnalité limite est celui qui est davantage rapporté en comorbidité dans la littérature (Crisp & Gabbard, 2020; Douk et al., 2023; Hörz-Sagstetter et al., 2018). Des traits provenant d'autres conditions peuvent également être observés chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, notamment des traits histrioniques (Crisp & Gabbard, 2020; Hörz-Sagstetter et al., 2018; Karterud et al., 2011), antisociaux (Karterud et al., 2011; Kernberg, 2014), paranoïdes et schizotypiques (Hörz-Sagstetter et al., 2018). Lorsque le trouble de la personnalité narcissique est comorbide à un autre trouble de la personnalité ou à certains traits les composants, cela viendrait complexifier le traitement (Crisp & Gabbard, 2020; Kernberg, 2014). De manière peut-être surprenante, selon une étude de Douk et ses collègues (2023) le trouble de la personnalité narcissique en comorbidité au trouble de la personnalité limite viendrait diminuer les symptômes de

ce dernier trouble et réduire le nombre de visites en milieu hospitalier. Finalement, le trouble de la personnalité narcissique aurait comme comorbidité la consommation de médicaments et de substances, les troubles anxieux (Karterud et al., 2011), l'anorexie et le trouble de stress post-traumatique (Yakeley, 2018).

La présence de comorbidité entre le trouble de la personnalité et d'autres troubles nécessite de procéder à une bonne évaluation différentielle en santé physique et psychologique afin d'orienter le traitement.

**Diagnostic différentiel**

Certains troubles de santé mentale peuvent s'apparenter au trouble de la personnalité narcissique, même s'il y a eu un effort dans le remaniement des critères diagnostiques pour restreindre au fil des éditions les recoupements de symptômes entre les troubles (Reynolds & Lejuez, 2011). Comparativement aux autres troubles de la personnalité du groupe B (histrionique, antisocial et borderline), la personne présentant un trouble de la personnalité narcissique fait preuve d'un sens de la grandiosité marqué. Le client présentant un trouble de la personnalité narcissique aura une image de soi beaucoup moins changeante que celle du client présentant un trouble de la personnalité limite, par exemple. S'il est vrai qu'un besoin d'attention est souvent présent pour chacun des troubles de la personnalité du groupe B, celui des personnes narcissiques revêt un caractère particulièrement admiratif (APA, 2023).

Les symptômes de grandiosité et de très grande estime de soi peuvent également être observés lors de la phase maniaque du trouble bipolaire (Yakeley, 2018). Lorsque le client se retrouve dans une phase maniaque, il peut croire que tout est possible et qu'il peut réaliser de très grandes choses. Son estime de soi s'en trouve soudainement augmentée. Toutefois, cette manifestation chez un client présentant un trouble bipolaire sera davantage épisodique et elle sera accompagnée par une fuite des idées, une augmentation de l'activité psychomotrice et parfois par une altération du contact avec la réalité (APA, 2023; Paris, 2014).

Sur le plan du traitement en psychothérapie, les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique se différencient par leur difficulté marquée à dépendre de leur thérapeute, ce qui est menaçant pour eux (Kernberg, 2014). Sur le plan du contre-transfert, les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique tendent à faire vivre davantage à leur thérapeute un sentiment d'être critiqué et maltraité (Tanzilli et al., 2015).

Après l'examen des enjeux liés au diagnostic différentiel du trouble de la personnalité narcissique, il est pertinent de s'intéresser aux facteurs susceptibles de contribuer à son développement.

**Prédispositions à développer un trouble de la personnalité narcissique**

Quelques facteurs ont été identifiés comme augmentant le risque de présenter dans sa vie un trouble de la personnalité narcissique. D'abord, dès un très jeune âge, l'attitude des

parents ou des donneurs de soins (Diamond et al., 2022; Kernberg, 1992; Kohut, 1977; Levy et al., 2012) serait un facteur principal du développement du trouble, mais n'expliquerait pas à lui seul sa présence. Ensuite, le tempérament de l'individu (Diamond et al., 2022; Paris, 2014) représente un autre facteur prédisposant. Les caractéristiques tempéramentales soulevées dans la littérature comprennent la sensibilité aux compliments et aux récompenses, la recherche d'autonomie (en évitant de demander de l'aide) et la faible tolérance à la frustration (Diamond et al., 2022). De plus, des facteurs socioculturels (Diamond et al., 2022; Paris, 2014) sont aussi considérés comme prédisposant certains individus à développer un trouble de la personnalité narcissique. Ces auteurs soulèvent comme facteurs une diminution de l'autorité parentale, la mobilité sociale et la fragmentation des modèles familiaux. Toutefois, les recherches sur lesquelles se basent leurs écrits ont été effectuées entre 1979 et 2009, si bien que ces facteurs gagneraient à être réévalués avec des données plus actuelles. Finalement, la présence d'adversité psychosociale (p. ex., négligence et abus) est aussi considérée comme étant un facteur prédisposant (Diamond et al., 2022).

En résumé, le diagnostic du trouble de la personnalité narcissique a connu plusieurs changements au fil des éditions du DSM. Encore à ce jour, des débats ont lieu sur les meilleures façons d'évaluer ce trouble de santé mentale. Compte tenu des caractéristiques du trouble de la personnalité narcissique, il est important de connaitre les particularités liées à son traitement.

## Traitement du trouble de la personnalité narcissique

Les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique ont tendance à consulter davantage par motivation extrinsèque qu'intrinsèque (Diamond et al., 2013; Gabbard, 2009). Ceux qui se présentent en thérapie peuvent le faire pour différentes raisons : expériences de vie ou relations interpersonnelles qui ne sont pas à la hauteur de leurs attentes et de leurs standards, ou gestion de crise (Yakeley, 2018).

À ce jour, il n'existerait pas d'études cliniques ayant eu recours à un groupe contrôle pour identifier quel serait le meilleur traitement pour le trouble de la personnalité narcissique (Muir et al., 2021). Les thérapeutes doivent plutôt s'ajuster en fonction des caractéristiques de leur patient et des fondements de l'approche de traitement qu'ils favorisent (Crisp & Gabbard, 2020; Muir et al., 2021).

Un défi majeur qui est soulevé pour le thérapeute en contexte de traitement d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique est de tolérer le contre-transfert qui peut être vécu comme étant très inconfortable lors des séances (Kernberg, 2014). Ces clients ont la réputation d'être difficiles à traiter (Yeomans et al., 2024) par la complexité de leurs symptômes et de leur implication en thérapie (Ronningstam, 2014). Il peut être difficile de bâtir une bonne alliance thérapeutique avec eux (Ronningstam, 2020). Le trouble de la personnalité narcissique serait le trouble de la personnalité ayant le moins bon pronostic de traitement selon certains auteurs (Diamond et al., 2013; Gabbard, 2009). Les clients présentant ce trouble qui ont un niveau de fonctionnement plus élevé et stable

bénéficieraient un peu plus de la thérapie que ceux qui ont un bas niveau de fonctionnement (Kernberg, 2014). Même si les changements peuvent être plus difficiles à observer en thérapie chez cette clientèle, des améliorations peuvent être constatées sur le plan du fonctionnement quotidien, l'engagement dans un emploi ou des études, la rémission de certains symptômes, l'engagement dans la thérapie, les capacités réflexives et la régulation émotionnelle (Ronningstam & Weinberg, 2023).

Dans les prochaines pages, le traitement du trouble de la personnalité narcissique sera traité sous l'angle des différentes approches psychothérapeutiques et des traitements pharmacologiques.

**Différentes approches de traitement psychothérapeutiques**

Des stratégies et des techniques ont été développées pour traiter les gens présentant un trouble de la personnalité narcissique, mais très peu d'études se sont penchées sur les modalités et l'efficacité de traitements spécifiques à ce trouble (Muir et al., 2021; Ronningstam, 2020; Yakeley, 2018). D'ailleurs, il ne serait pas rare que des programmes de traitement pour le trouble de la personnalité limite soient appliqués à la clientèle présentant plutôt un trouble de la personnalité narcissique (Cherrier, 2013).

Certains principes liés à la manière d'offrir le traitement seraient associés à des bénéfices thérapeutiques accrus chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique : identifier dès le départ des buts à atteindre et la direction à prendre dans la

thérapie, promouvoir la mise en action du client, mettre l'accent sur l'acceptation de la vulnérabilité, puis anticiper les difficultés à venir qui pourraient causer des bris d'alliance thérapeutique (Weinberg & Ronningstam, 2020).

Bien que la psychothérapie peut être aidante pour des clients, certains auteurs déconseillent la psychothérapie en présence de certains troubles mentaux. C'est le cas par exemple de clients qui présenterait des comportements antisociaux ou une forme de narcissisme malin (Kernberg, 2014) – syndrome désignant un ensemble de caractéristiques du trouble de la personnalité narcissique auxquelles s'ajoutent le sadisme, une méfiance envers les autres et un faible sens de l'éthique (Smith & Hung, 2021). Le narcissisme malin (Fromm, 1964) peut se comparer au trouble de la personnalité narcissique et à la psychopathie; toutefois, il serait un peu moins sévère que la psychopathie, tout en demeurant plus dangereux que le « simple » trouble de la personnalité narcissique (Kernberg, 2014; Smith & Hung, 2021).

Lorsqu'il n'y a pas de contre-indication à entreprendre une démarche thérapeutique, deux approches seraient principalement utilisées lors du traitement de clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, soit les thérapies psychanalytiques/ psychodynamiques et les thérapies cognitivo-comportementales.

### *Thérapies psychodynamiques*

Deux principales variantes issues des thérapies psychodynamiques ressortent pour le traitement du trouble de la personnalité narcissique (Ronningstam, 2020). Il s'agit de la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2016) et la thérapie focalisée sur le transfert (Kernberg et al., 2008).

**Psychothérapie basée sur la mentalisation**. Fonagy (1989) définit la mentalisation comme étant la capacité d'un individu à percevoir et comprendre les états mentaux (intentions, désirs, émotions, pensées) qui sont sous-jacents aux comportements de soi et d'autrui. La mentalisation demande d'être capable de faire preuve d'autocritique et de différencier ce qui appartient à soi et aux autres dans la relation (Bateman et al., 2018). Une mentalisation saine permet à l'individu de se mettre à la place de l'autre, de générer des hypothèses sur ses comportements et d'être capable de réfléchir sur soi sur la base de ses prises de conscience (Fonagy & Luyten, 2009). La mentalisation est une capacité qui se développe dès un jeune âge; elle se développe dès les premières relations entre l'individu et ses donneurs de soins (Fonagy & Target, 1998). La mentalisation permet à un individu d'être en contact avec soi (self) et les autres, afin de bâtir des relations réciproques et de se sentir en sécurité. La mentalisation est un processus primordial pour la santé mentale; des lacunes sur ce plan peuvent être retrouvées dans différentes pathologies (Bateman & Fonagy, 2016).

La psychothérapie basée sur la mentalisation a été développée dans les années 1990 afin d'offrir un traitement pour le trouble de la personnalité limite (Bateman et al., 2018). Cette approche de traitement structurée vise à améliorer les capacités de mentalisation du client. Elle a pour but d'aider celui-ci à mentaliser lorsqu'il n'y arrive pas, de maintenir les capacités lorsqu'il y arrive et d'accroitre la résilience de l'individu à la maintenir active quand elle pourrait se perdre (Bateman & Fonagy, 2016). À l'origine, cette approche comprenait une hospitalisation partielle du client ou des séances de thérapie de groupe, en plus de séances de traitement individuel. Maintenant, il arrive que le traitement soit seulement par le biais de séances de groupe ou de séances individuelles, ou comme dans la présente étude (Bateman et al., 2018).

Chez la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, bien que l'efficacité de cette approche n'ait pas été spécifiquement évaluée, ce traitement ayant une base relationnelle pourrait permettre de contourner certaines attitudes défensives, comme le mépris envers le professionnel qui mène les séances (Cherrier, 2013).

**Psychothérapie focalisée sur le transfert**. À l'origine développée pour le traitement du trouble de la personnalité limite (Clarkin et al., 2018) par Kernberg, mais aussi utilisé pour le traitement d'autres troubles, la psychothérapie focalisée sur le transfert est l'une des approches principales pour le traitement du trouble de la personnalité narcissique (Diamond & Hersh, 2020; Yakeley, 2018). Cette approche se base principalement sur des stratégies d'intervention psychodynamiques, qui sont organisées selon une séquence

d'étapes de traitement (Clarkin et al., 2018). Cette thérapie se base sur la théorie des relations d'objet, et dans le contexte du trouble de la personnalité narcissique, il peut y avoir dans la thérapie exploration de l'agressivité du client, de son envie, de ses défenses et de son sentiment de grandiosité (Yakeley, 2018). Les interprétations passent par le travail qui est fait en lien avec le transfert envers le thérapeute, l'exploration de la sensibilité à la honte et à l'humiliation, et les défenses par la grandiosité (Clarkin et al., 2007).

Comme il n'y a pas une approche qui fonctionnerait pour tous les clients présentant un même trouble, les interventions peuvent varier, notamment : intervention de soutien, utilisation de la clarification et de la confrontation (Crisp & Gabbard, 2020). L'interprétation peut également être utilisée comme stratégie d'intervention, toutefois le moment doit être soigneusement choisi en fonction de l'ouverture et des résistances du client. Particulièrement chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, la résistance face à l'interprétation peut se traduire par un retrait dans le silence, des bris de cadre, une diminution de la collaboration et l'abandon du traitement (Crisp & Gabbard, 2020).

L'un des buts de l'utilisation de la psychothérapie focalisée sur le transfert est de mettre l'accent sur les patrons interpersonnels dysfonctionnels en thérapie dans l'ici et maintenant, et ainsi utiliser la relation pour obtenir des changements qui seront généralisés en dehors de la thérapie (Diamond & Hersh, 2020). Les changements surviennent en

thérapie lorsque le lien thérapeutique et le travail effectué à analyser les relations permettent au client d'avoir des représentations plus équilibrées et mieux intégrées de lui-même et des autres (Clarkin et al., 2018).

### *Thérapies cognitivo-comportementales*

L'approche cognitivo-comportementale est divisée en plusieurs techniques et stratégies cliniques, dont certaines sont traduites en protocoles de traitement en milieu de soins (David & Freeman, 2015). Les bases des traitements modernes de cette approche sont attribuables à Beck (1976) et à Ellis (1994). Par ce type de traitement, les symptômes des différents troubles de la personnalité ne sont pas traités en fonction de leur origine en termes de maladie ou de conflit intrapsychique, mais plutôt en fonction de la réponse du client (symptômes) à des stimuli spécifiques ou généraux (David & Freeman, 2015). Plus simplement, un évènement vécu (interne ou externe) active des croyances qui soulèvent des conséquences sous forme émotionnelle, comportementale ou psychophysiologique (Ellis, 1994). Les cognitions sont abordées en thérapie pour être travaillées (David & Freeman, 2015). En contexte de traitement de trouble de la personnalité, les croyances sont souvent influencées par des évènements survenus dans les étapes clés du développement et peuvent aussi être influencées par des prédispositions génétiques (Young et al., 2003). Les symptômes des différents troubles de la personnalité sont abordés par cette approche comme étant un moyen de défense à certains évènements ou à certaines cognitions (David & Freeman, 2015).

Dans le cadre de cet essai, le modèle de thérapie comportementale dialectique sera celui qui sera abordé, en raison de son application fréquente dans les programmes de traitement de groupe des troubles sévères de la personnalité et son application dans le programme où ont été récoltées les données d'archives de cet essai.

**Thérapie comportementale dialectique**. Cette thérapie mise sur pied par Linehan (1993) était d'abord conçue plus spécialement pour le traitement du trouble de la personnalité limite (Robins et al., 2018; Yakeley, 2018). Plusieurs théories ont servi de base à ce type de thérapie, où les compétences et les habiletés sociales sont au premier plan. L'objectif de l'utilisation de ces techniques est pour les clients l'apprentissage et l'entrainement à la régulation des émotions – lacunes observées en conséquence aux traumatismes et à l'invalidation des émotions vécus par le client provenant de son entourage (Cottraux & Blackburn, 2006; Yakeley, 2018).

Le programme de thérapie comportementale dialectique comprend plusieurs volets, soit la gestion des contingences (relation entre un comportement et ses conséquences) et de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique, l'exposition aux émotions et le développement de comportements plus adaptatifs (Linehan, 1993). Certains auteurs mettent de l'avant cinq étapes à ce type de suivi, dont une étape prétraitement permettant de présenter le programme, d'entreprendre un contrat visant à diminuer des comportements à risque (p. ex., comportements suicidaires) et d'établir des objectifs à

atteindre, ainsi que quatre étapes faisant partie du traitement (Robins et al., 2018). Les quatre étapes de traitement subséquentes sont :

1. Améliorer le contrôle sur certains comportements dommageables (p. ex. idéations suicidaires, abus de substances, automutilation, gestes agressifs envers autrui). Cette étape vise à ce que le client diminue l'utilisation des comportements qui sont dommageables envers lui et les autres, mais qui pourraient aussi interférer avec la thérapie.
2. Traiter les symptômes post-traumatiques.
3. Améliorer la qualité de vie en tenant compte des ressources du client et en misant sur l'établissement de buts personnels.

   Intégrer le passé, le présent et le futur du client, en tenant compte de la réalité (être capable d'être bien malgré les aléas de la vie et de son histoire).

Selon Cottraux (2004), ces objectifs de changements sont travaillés en thérapie par différentes techniques : résolution de problèmes, apprentissage de la confrontation et de la gestion du traumatisme (au lieu de rester dans le déni ou de tomber en mode de crise). Dans le cas du traitement du trouble de la personnalité narcissique, il ne semble pas y avoir de lignes directrices précises sur la façon d'utiliser le traitement comportemental dialectique avec cette clientèle. Parfois, la thérapie à elle seule ne suffit pas pour améliorer le fonctionnement des clients présentant un trouble de la personnalité narcissique.

En parallèle à la thérapie, peu importe l'approche servant de cadre de référence, l'utilisation de médicaments peut s'avérer être bénéfique dans le traitement de symptômes qui nuisent au bon fonctionnement, tant sur le plan social que sur le déroulement de la psychothérapie (Reich, 2003; Sperry, 2003).

**Traitements pharmacologiques**

L'approche pharmacologique n'a pas d'appui empirique quant à son utilité spécifique dans le traitement spécifique du trouble de la personnalité narcissique (Reich, 2003; Sperry, 2003). Toutefois, ce trouble peut être comorbide avec une autre condition de santé mentale, qui elle est plus facilement traitable à l'aide de médicaments (Yakeley, 2018). Également, l'approche pharmacologique peut aider à traiter des symptômes retrouvés dans le trouble de la personnalité narcissique (p. ex., impulsivité, agressivité, méfiance, labilité de l'humeur). Selon Reich (2003) et Sperry (2003), lorsqu'un client présente un trouble de la personnalité, les médicaments qui leur sont les plus souvent prescrits sont les antipsychotiques atypiques (p. ex., quétiapine, rispéridone), les antidépresseurs de type ISRS et les anxiolytiques.

Même si la pharmacothérapie peut atténuer certains symptômes, une mise en garde est faite spécifiquement pour la pharmacothérapie en contexte de trouble de la personnalité narcissique : ces clients auraient particulièrement tendance à présenter une mauvaise observance médicamenteuse et seraient à risque de connaitre une hausse de l'agressivité ou des conduites suicidaires lors de l'utilisation de psychotropes (Miller et al., 2010).

Également, il pourrait y avoir un risque que les clients utilisent les médicaments à mauvais escient, par exemple en consommant une dose plus élevée que prescrit afin d'obtenir un effet comparable à certaines substances illicites.

Bien que plusieurs traitements puissent être utilisés pour diminuer la souffrance des clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, que ce soit par la thérapie ou la médication, le pronostic de traitement de ce trouble est très variable. La prochaine section abordera les facteurs liés au pronostic de traitement.

**Pronostic de traitement du trouble de la personnalité narcissique**

Lorsqu'il est question de l'étude du pronostic de traitement du trouble de la personnalité narcissique, très peu d'études nous aident à comprendre spécifiquement pour cette clientèle les facteurs exerçant une influence sur le déroulement de la psychothérapie. Dans cette section, certaines variables seront exposées, même si les études ont porté sur une clientèle plus large ou sur un autre type de trouble de la personnalité du Cluster B. Elles ont été choisies dans le cadre de cet essai parce qu'elles font partie des outils utilisés ou des hypothèses formulées en lien les connaissances acquises sur le trouble de la personnalité narcissique.

D'abord, des variables pouvant avoir un lien avec l'abandon précoce de la thérapie seront traitées. Par la suite, la section portera sur l'évaluation du pronostic de traitement à l'aide d'un outil spécifique, sur l'impact des bénéfices secondaires pouvant motiver ces

clients à entreprendre une psychothérapie, sur les enjeux liés à leur motivation thérapeutique, ainsi que sur les manifestations particulières du contre-transfert chez les cliniciens intervenant auprès de cette clientèle.

### *Abandon thérapeutique et bénéfices du traitement*

Quelques auteurs se sont penchés sur les variables prétraitement associées à un abandon prématuré de la psychothérapie chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité (parfois de manière globale, mais souvent plus sur le trouble de la personnalité limite).

D'abord, une variable sociodémographique serait particulièrement liée à l'abandon précoce de la thérapie chez des clients présentant un trouble de la personnalité limite, soit ne pas occuper un emploi ou ne pas jouer un rôle de vie actif (Gamache et al., 2018b). Ce résultat est cohérent avec ceux rapportés par certains auteurs pour qui l'activité professionnelle (être en emploi) est gage d'un meilleur succès thérapeutique (Chiesa et al., 2000; Karterud et al., 2003). Selon ces auteurs, le fait d'occuper un rôle de vie actif pourrait avoir amené le client à développer une meilleure capacité de résilience en ayant eu à composer avec certains défis dans les occupations.

Le fonctionnement du client avant même d'avoir débuté la thérapie semble aussi offrir des pistes pertinentes sur leur pronostic de traitement. Deux variables en lien avec le niveau de perturbation initiale seraient prédictives d'abandons thérapeutiques précoces

chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite : la présence de comportements récents de nature hétéroagressive (comportement agressif dirigé vers autrui) et le score initial à l'EGF (Gamache et al., 2018b). Bien que très peu d'études aient été effectuées spécifiquement sur la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique – seulement une, au meilleur de nos connaissances, soulève que la capacité à s'engager dans le traitement et un historique d'attachement positif aide au pronostic de traitement (Fernandez-Alvarez et al., 2006) − nous pouvons poser comme hypothèse que ces deux variables auraient également un impact sur leur pronostic de traitement. D'ailleurs, dans une étude exploratoire de Horner et Diamond (1996) portant sur une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite, un haut niveau de réponses à thématique narcissique dans une évaluation au Rorschach avant de débuter le traitement était associé à un plus grand risque d'abandon thérapeutique.

De manière plus qualitative et sur la base d'observations cliniques, certaines hypothèses ont été soulevées afin d'offrir un regard sur le pronostic de traitement spécifique au trouble de la personnalité narcissique. Selon Kernberg (1970), un meilleur pronostic de traitement serait observable chez les personnes narcissiques qui ont de réels intérêts créatifs, soit une meilleure capacité de sublimation. À l'origine, la sublimation fut définie pour une première fois par Freud (1905) comme étant un mécanisme de défense qui tire son énergie de la pulsion sexuelle pour se déplacer vers un but non sexuel créatif. Par exemple, un individu peut retirer de la satisfaction dans les activités artistiques ou intellectuelles.

***Outils d'évaluation du pronostic de traitement***

Devant le haut taux d'abandon chez les clients présentant un trouble de la personnalité, et pour répondre à un manque de données empiriques sur ce qui influence les taux d'abandon, une grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie a été développée par Gamache et ses collègues (2017). Le but visé par les auteurs était d'identifier les clients les plus à risque d'abandon, mais aussi ceux qui pourraient nuire au bon déroulement de la thérapie (en condition de thérapie de groupe par exemple) ou qui pourraient l'utiliser de manière contre-productive. Ces auteurs étaient soucieux d'offrir un outil flexible et simple d'utilisation; leur travail a mené au développement de la Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP; Gamache et al., 2017).

La grille est constituée de 15 critères qui se divisent en cinq facteurs : Narcissisme, Psychopathie, Bénéfices secondaires, Faible motivation et Traits du Cluster A (Gamache et al., 2017). Chaque item est coté en fonction d'une échelle allant de *pas du tout/très peu représentatif du client* (0) à *très descriptif du client* (2). Cet outil peut être complété en cinq à dix minutes par des thérapeutes qui maitrisent l'outil.

Le premier facteur, nommé Narcissisme, comprend les items : hostilité, défenses projectives, adoption d'une position de victime grandiose et revancharde, et envie. Ce facteur n'est pas en lien avec le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique en tant que tel, mais concerne plutôt des caractéristiques associées au narcissisme davantage pathologique. Le deuxième facteur, nommé Psychopathie, comprend : contre-transfert

massif, psychopathie et sadisme. Le troisième facteur, nommé Gains secondaires, comprend : motivation extrinsèque au traitement, absence de rôle de vie actif ou productif, et conditions de vie défavorables. Le quatrième facteur, nommé Faible motivation, comprend : absence de détresse et refus de faire des sacrifices pour la thérapie. Finalement, le facteur Traits du Cluster A comprend : méfiance, hostilité, isolement social et contre-transfert massif. Un score total à l'outil peut également être obtenu (Gamache et al., 2017).

La Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (Gamache et al., 2017) présenterait un score global de pronostic ayant une excellente fidélité interjuges et un haut niveau de spécificité (0,94) pour les scores plus grand ou égal à 10. Dans une étude subséquente (Gamache et al., 2018a), la fidélité par cohérence interne de l'échelle globale était de 0,87, puis se situait pour les cinq facteurs entre 0,55 (antisocialité) et 0,80 (narcissisme).

Dans une étude comparative entre les clients qui abandonnent tôt la thérapie et ceux qui la continuent, le premier groupe a présenté des résultats moyens à la grille significativement plus élevés que le second à tous les facteurs évalués par la GFPP (Gamache et al., 2017).

### *Bénéfices secondaires liés à la psychothérapie*

Certaines situations sociales, professionnelles ou légales peuvent engendrer chez les clients des bénéfices secondaires à la participation à une thérapie. Parmi celles-ci, il y a la diminution de sanctions légales (p. ex., faire une meilleure impression au juge en démontrant que le client se prend en main; Lyons, 2019), la prévention face à des sanctions qui pourraient être appliquées au travail, le rétablissement de certaines relations interpersonnelles (p. ex., un client à qui le ou la conjoint[e] nommerait comme condition pour rester en couple d'aller en thérapie) et l'accès à certaines ressources. Lorsqu'il y a des gains secondaires à aller consulter un thérapeute, le client peut s'accrocher à des motivations externes uniquement, et cela vient entraver la thérapie (Kernberg, 2007). Pour qu'il y ait possibilité de changements sur le plan de la personnalité et des comportements, il faut que le client ait une certaine volonté de travailler sur lui.

Parfois, il y a utilisation de la thérapie chez certains clients à mauvais escient. Ceux-ci peuvent s'en servir pour essayer d'augmenter leur capacité à analyser les gens et ainsi mieux manipuler l'entourage. C'est pour cela que la thérapie analytique pourrait être déconseillée chez certains clients narcissiques qui ont de forts traits antisociaux (Kernberg, 1970), machiavéliques et psychopathiques (Lyons, 2019). Dans le cadre de cet essai, l'une des variables de la grille GFPP permet l'évaluation de la présence de gains secondaires et de traits tendant à se rapprocher de ce qui est retrouvé dans la psychopathie (Gamache et al., 2017). Cette grille accorde de l'importance aux conditions qui seraient

défavorables à une prise en charge psychothérapeutique, tout en ciblant certains éléments en lien avec le niveau de motivation des clients.

### *Motivation*

La motivation à entreprendre une démarche thérapeutique peut différer d'une personne à l'autre, pour toutes sortes de raisons. Chez la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, le pronostic ne serait pas aussi favorable chez un patient qui entrevoit la psychothérapie comme un moyen de diminuer la souffrance ou le sentiment de vide, comparativement à celui qui irait en thérapie afin de tendre vers ce qu'il conçoit comme étant la perfection (Gabbard & Crisp, 2018). Les clients appartenant à cette dernière catégorie peuvent vite trouver que la thérapie n'est pas efficace et abandonner le traitement, ayant de la difficulté à accepter de faire face à leurs zones de vulnérabilité (Kernberg, 1970).

Lorsque la motivation d'aller consulter est plus ou moins claire, les clients peuvent avoir de la difficulté à identifier leurs problèmes et ne pas trop savoir pourquoi ils doivent consulter (Ronningstam, 2012). Lorsque le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique est posé, le client peut tendre à le rejeter ou à expliquer ses manifestations en fonction de causes externes (Yakeley, 2018). Un écart important peut se retrouver entre la perception de l'entourage quant aux problèmes de ces clients comparativement à leur perception d'eux-mêmes. En effet, ils peuvent se sentir blâmés – en quelque sorte maltraités – par les interventions du thérapeute, ce qui a pour conséquence de les amener

à contre-attaquer notamment par de la critique et de l'opposition (Ronningstam), ce qui devient contre-productif.

### *Enjeux liés au contre-transfert*

Dans le traitement du trouble de la personnalité narcissique, l'alliance thérapeutique peut être confrontée à plusieurs défis au cours du processus de psychothérapie : perfectionnisme du client qui amène des attentes irréalistes envers soi et envers les compétences du thérapeute, comorbidité avec le trouble de la personnalité limite, consommation de substances (Ronningstam, 2012; Yakeley, 2018). La tendance de ces clients à provoquer, à rechercher le contrôle et à se tenir à distance du thérapeute contribue à un haut niveau d'abandon précoce de la thérapie (Colli et al., 2014; Ronningstam, 2012).

Le trouble de la personnalité narcissique est considéré comme une condition difficile à traiter (Diamond et al., 2011; Ronningstam, 2014), notamment par le contre-transfert qui peut être puissant. Les manifestations de ce contre-transfert peuvent être composées d'ennui (Colli et al., 2014; Crisp & Gabbard, 2020) ou de distraction (Betan et al., 2005), de sentiments d'incompétence ou d'une idéalisation particulière qui est vécue chez le thérapeute (Diamond et al., 2011). Celui-ci peut se sentir utilisé, ou au contraire, spectateur de ce qui se passe en thérapie (Colli et al., 2014; Crisp & Gabbard, 2020). La colère et l'hostilité peuvent aussi faire partie des émotions ressenties par le thérapeute auprès de ces clients (Betan et al., 2005; Tanzilli et al., 2017), allant même jusqu'à un sentiment de dédain envers eux (Bender, 2012).

Le contre-transfert vécu par les cliniciens ne serait pas influencé par l'approche des thérapeutes, leur sexe ou leur âge (Tanzilli et al., 2015, 2017), le niveau de fonctionnement du client en fonction de son résultat à l'EGF ou la durée du traitement (Tanzilli et al., 2017). Toutefois, plus le thérapeute serait expérimenté, meilleure serait la gestion des attitudes liées au contre-transfert (Tanzilli et al., 2017).

## Objectifs

Cette étude vise à identifier les caractéristiques associées à l'abandon précoce de la psychothérapie chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, afin de combler un manque dans la littérature sur les facteurs d'abandon et fournir des réflexions cliniques sur l'intervention auprès de cette clientèle.

Pour ce faire, les clients ayant abandonné leur thérapie avant le terme d'une année de traitement seront premièrement comparés avec ceux qui étaient toujours actifs en suivi à ce terme. Les variables utilisées pour la comparaison des deux groupes comprendront certaines informations sociodémographiques, les classes de médicaments consommées, la sévérité du trouble en phase prétraitement ainsi que les résultats aux différents facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP; Gamache et al., 2017). En obtenant des informations sur ce qui distingue ces deux groupes de clients, nous aurons une meilleure compréhension des caractéristiques de ceux qui abandonnent de manière précoce. Toutefois, l'analyse comparative pourrait ne pas suffire pour bien cerner les différences individuelles qui se retrouvent chez l'échantillon de client présentant un trouble de la

personnalité narcissique de modéré à sévère. Ces clients peuvent présenter une grande hétérogénéité de symptômes. En vue de fournir des pistes sur la manière d'individualiser l'approche de traitement, d'autres analyses seront nécessaires.

Deuxièmement, pour mieux comprendre les facteurs qui influencent le pronostic de traitement du trouble de la personnalité narcissique, une nouvelle étape visera à faire émerger par analyse de clusters des profils en fonction de deux types de caractéristiques associés aux abandons thérapeutiques, soit les facteurs pronostiques tels qu'opérationnalisés par la grille GFPP et la qualité du fonctionnement global prétraitement mesuré à l'aide de l'EGF. Une fois les profils établis, les groupes seront comparés en fonction des variables suivantes : le nombre de classes de médicaments consommés, le nombre de diagnostics de trouble de la personnalité (deux variables pouvant être considérées comme des mesures « proxy » de la sévérité du trouble), l'âge des participants et le score total à la GFPP. Cet objectif a pour but de personnaliser les interventions en fonction des besoins de chaque groupe de clients et ainsi espérer prévenir des abandons précoces.

## Hypothèses

Sur la base de la revue de la littérature, nous avons posé les hypothèses suivantes :

H1 : les clients ayant abandonné tôt leur thérapie présenteront des différences quant à leurs caractéristiques sociodémographiques en comparaison à ceux n'ayant

pas abandonné. Il est attendu que les clients ayant abandonné tôt présentent dans une plus faible proportion un rôle de vie actif.

H2 : il est attendu que les clients ayant abandonné tôt leur thérapie présentent un niveau de fonctionnement inférieur (EGF) à celui de ceux qui étaient encore actifs à un an de thérapie.

Compte tenu du manque d'études spécifiques à notre question de recherche, l'analyse de clusters se fera sur un mode exploratoire. Notre seule prédiction est que les clients qui ont abandonné tôt la thérapie présenteront une certaine hétérogénéité se traduisant par la formation de profils distincts. Étant donné que l'échantillon de clients était composé de participants présentant un trouble de la personnalité narcissique de niveau modéré à sévère, il est attendu qu'un des groupes soit composé de gens qui ont de forts résultats au facteur psychopathie de l'EGF et une faible motivation à entreprendre le suivi.

# Méthode

Cette section présentera la méthode qui a été utilisée afin de procéder à la présente recherche. Elle décrira l'échantillon de participants, la procédure et les instruments de mesure qui ont été utilisés.

## Participants et procédure

L'échantillon a été constitué de données d'archives colligées dans les dossiers cliniques de 79 participants présentant un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique de niveau modéré à sévère, posé en fonction des critères du DSM-IV-TR (APA, 2000). Ils avaient débuté un programme de psychothérapie dans un centre de traitement surspécialisé pour les troubles de la personnalité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). Les participants avaient été admis au centre de traitement entre septembre 2007 et décembre 2012.

Leurs données archivées sont incluses dans une banque de données plus large constituée dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les caractéristiques de la clientèle consultant en Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux pour un trouble de la personnalité (certificat éthique CERPPE 23-17-10.02). Pour bénéficier de ce suivi, les participants devaient être âgés de 18 ans ou plus, avoir comme diagnostic principal un trouble de la personnalité de modéré à sévère et ne pas présenter un trouble antisocial ou psychopathique sévère.

Lors des six premiers mois, les participants ont suivi un traitement combinant des séances de groupe hebdomadaires à visée psychoéducative ainsi qu'une thérapie individuelle bimensuelle, inspirés de l'approche dialectique-comportementale de Linehan (1993). Les objectifs qui guident ces premiers mois de traitement sont la sécurité (p. ex., éviter les comportements héréoagressifs), la contenance, la réduction des symptômes et la gestion des comportements impulsifs. Après ces six premiers mois, le traitement s'orientait davantage sur les habiletés de mentalisation et le fonctionnement interpersonnel, les clients bénéficiant de séances de psychothérapie individuelle chaque semaine. Les approches principales de traitement lors de cette phase étaient la psychothérapie basée sur le transfert et la thérapie basée sur la mentalisation (MBT). Dans la présente recherche, le nombre de temps que le client était actif en thérapie débutait lors du début de la prise en charge, même si le client n'avait pas encore de séances individuelles sur une base hebdomadaire.

Les patients admis au programme devaient être référés préalablement par un médecin. Par la suite, ils devaient rencontrer un psychologue dans le cadre d'une évaluation préadmission afin de déterminer s'ils présentaient un trouble de la personnalité et si le milieu de traitement était approprié à leurs besoins et à leurs difficultés. Cette rencontre d'évaluation incluait la prise d'information quant à l'histoire de vie du client, l'exploration des difficultés perçues par le client et de ses symptômes (actuels et passés), et la passation d'une entrevue semi-structurée (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised*; Zanarini et al., 1989). Ces séances d'évaluation duraient de deux heures à deux heures et demie en

moyenne. Une vérification du dossier clinique de chaque patient était également effectuée; les psychologues procédant à l'évaluation préadmission consultaient notamment les notes et les rapports des traitements antérieurs et des hospitalisations. Les impressions diagnostiques formulées à la suite de chaque évaluation individuelle étaient par la suite révisées par un comité de révision formé de psychologues ayant entre une et onze années d'expérience avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité ($M = 5,1$, $ÉT = 3,4$) et par deux doctorants en psychologie (sous supervision).

Pour 66 % de ces participants, le trouble de la personnalité narcissique était posé comme diagnostic principal. De ce pourcentage, un petit nombre de participants présentait des caractéristiques liées à un narcissisme malin (3,8 %). Pour les autres, un autre trouble de la personnalité était davantage en avant plan. En moyenne, les participants présentaient deux diagnostics différents de trouble de la personnalité. Les hommes étaient davantage représentés que les femmes (62 %) et la majeure partie des participants était célibataire (64 %). La moitié des participants occupaient un rôle de vie actif, que ce soit par le travail ou les études (53 %). Pour les études, les derniers niveaux atteints étaient très variables : primaire (6,4 %), secondaire (40,5 %), collégial (30,4 %), ou universitaire (21,5 %). La donnée d'un des participants était manquante. Les participants de l'étude avaient parfois un dossier judiciaire (19 %), mais la raison de la présence de celui-ci est inconnue. En moyenne, les participants avaient deux classes de médicaments de prescrites.

De ce nombre, un groupe de 45 participants âgés en moyenne de 36 ans (*ÉT* = 11,23) qui ont abandonné à l'intérieur d'une année la thérapie (sur une possibilité de trois années) a été sélectionné pour explorer les profils qui s'en dégagent (les 34 autres participants étaient toujours actifs à un an de suivi). L'abandon était défini par l'absence du participant aux rencontres pendant 30 jours sans qu'un accord ait établi avec le thérapeute. Le moment spécifique de l'abandon étant imprécis dans la banque de données (seule l'information par tranches de trois mois étant disponible), il a été décidé de ne pas inclure cette information dans le cadre de la recherche. Quant au critère d'inclusion, il était d'avoir reçu un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique de niveau modéré à sévère (que ce soit le diagnostic principal du client ou qu'il soit comorbide à un autre trouble).

L'âge des participants du groupe ayant abandonné de manière précoce la thérapie varie entre 20 et 63 ans (*M* = 37,62, *ÉT* = 11,49). Ces participants avaient tous reçu un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique de niveau modéré à sévère, assigné à la suite de la rencontre individuelle d'évaluation et confirmé lors d'une rencontre de comité de révision; 29 parmi eux présentaient aussi au moins un autre trouble de la personnalité. Parmi ces autres troubles de la personnalité en comorbidité, il y avait le trouble de la personnalité paranoïaque (*n* = 1), le trouble de la personnalité antisociale (*n* = 9), le trouble de la personnalité limite (*n* = 25), le trouble de la personnalité histrionique (*n* = 4) et le trouble de la personnalité évitante (*n* = 2). La majorité des participants n'étaient pas en couple (64,4 %) et un peu plus de la moitié d'entre eux n'avait pas de rôle socioprofessionnel actif au moment d'entreprendre le suivi (55,5 %), c'est-à-

dire occuper un emploi ou être aux études. La plupart des participants n'avaient pas de casier judiciaire (75,5 %). En ce qui concerne le niveau de scolarité des participants, un peu plus de la moitié détenait soit une scolarité de niveau primaire (6,7 %) ou secondaire (46,7 %), la seconde moitié avait atteint une scolarité de niveau collégial (31,1 %) ou universitaire (11,1 %). Selon les données d'archives, les participants prenaient une ou différentes classes de médicaments : antidépresseur (60 %), anxiolytique (35,6 %), hypnotique (11,1 %), antipsychotique (48,9 %), stabilisateur de l'humeur (13,3 %) et psychostimulant (13,3 %). Aucun médicament n'était employé pour dix des clients, alors que le nombre de classes de médicament le plus souvent observé était de deux.

Quant aux paramètres liés à la psychothérapie, la durée moyenne de la thérapie lors de leur suivi est de 2,08 mois (*ÉT* = 2,50), sur une possibilité maximale d'une année – période couverte par la présente étude.[1]

Pour le groupe de clients étant toujours en thérapie au seuil de la première année de traitement, 34 participants le composaient (18 hommes). Âgés en moyenne de 34,65 ans (*ÉT* = 10,97), les participants de ce groupe étaient majoritairement célibataires (64,7 %), n'avaient pas d'enfants (61,8 %), étaient considérés actifs en occupant un emploi ou en étant aux études (67,6 %), et n'avaient pas de casier judiciaire (82,4 %). Quant à la scolarité, un participant avait atteint un niveau primaire, 32,4 % des participants avaient

[1] Les données d'archives consultées contenaient simplement les informations de la première année de traitement. Les clients avaient accès à un programme de traitement d'une durée maximale de trois ans.

atteint un niveau secondaire, 29,4 % un niveau collégial et 35,3 % un niveau universitaire. Finalement, les participants consommaient majoritairement une classe de médicament (32,4 %) ou trois (26,5 %) et avaient à leur dossier deux diagnostics de trouble de la personnalité (52,9 %) ou plus (23,5 %).

## Instruments de mesure

La section suivante portera sur les outils qui ont été utilisés lors de la collecte de données à laquelle nous avons eu accès dans les archives. Elle comprendra des informations sur la cueillette d'informations démographiques, la sévérité du trouble présenté par le client, le niveau de fonctionnement, l'évaluation diagnostique, l'abandon de la thérapie et l'évaluation prétraitement des facteurs pronostiques.

### Informations sociodémographiques

Les données d'archives contenaient des informations sur le sexe, l'âge, le statut conjugal, le nombre d'enfants, l'occupation, la source de revenus, le type de résidence, la scolarité, la présence ou non d'un casier judiciaire ainsi que la prise de médicaments s'il y avait lieu (types de médicaments et nombre de classes utilisées).

D'abord, l'âge a été soulevé dans certaines recherches comme pouvant influencer la motivation d'entreprendre et de persister dans la psychothérapie (Swift & Greenberg, 2012). En fonction de l'étape à laquelle est rendu le participant dans sa vie (p. ex., nouvel emploi ou vie de famille) l'effort mis pour tolérer les exigences du traitement ne sera pas

le même (Cain et al., 2008). Également, le nombre d'enfants des participants peut donner des indices sur la charge familiale qu'il a et de l'effet que ça peut avoir sur la conciliation de la thérapie, du travail et de la famille. La disponibilité en séance peut être affectée par des facteurs familiaux imprévus (Barrett et al., 2008).

Ensuite, la consommation de certaines classes de médicaments (p. ex., antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotique) peut être un indicateur indirect de la présence de comorbidité psychiatrique ou donner des indices sur les symptômes du client et leur intensité (Sansone & Sansone, 2011). Plus spécifiquement à la clientèle de cet essai, s'attarder à la médication prescrite peut donner des indices quant aux enjeux de régulation émotionnelle, d'impulsivité, d'agressivité et d'anxiété, facteurs qui ont déjà été liés à la qualité de l'alliance thérapeutique et la persistance face au traitement psychothérapeutique (Kealy & Ogrodniczuk, 2014).

**Sévérité du trouble**

La Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement pour les troubles de la personnalité (Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean, 2007) comprend 15 items mesurés en fonction d'une échelle à trois niveaux de réponses (0 = faible, 1 = modéré, 2 = élevé). Elle est cotée par le clinicien, ce qui génère un score total de sévérité. Elle a été utilisée afin d'évaluer différentes variables de sévérité prétraitement : gestes suicidaires, idéations suicidaires, risque suicidaire, impulsivité, instabilité affective, risque hétéroagressif (agressivité envers autrui), gestes antisociaux, épisodes psychotiques,

toxicomanie, comorbidité, perturbation du fonctionnement, hospitalisations psychiatriques, échecs thérapeutiques antérieurs et autres critères de sévérité. Le résultat était établi à la suite de la première rencontre d'évaluation prétraitement et de la consultation du dossier antérieur du patient.

L'outil présente des qualités psychométriques globalement adéquates : l'ensemble de la grille présente un excellent degré d'entente (ICC = 0,87), variant pour les quinze items individuels entre 0,30 (item sur la méfiance paranoïde envers le thérapeute) et 0,78 (item mesurant l'absence de détresse, par l'utilisation du déni ou de la minimisation des difficultés); sa consistance interne globale est jugée acceptable (Alpha de Cronbach = 0,69); et il présente des corrélations significatives et cohérentes sur le plan théorique avec la mesure de fonctionnement général (EGF; $r$ = -0,50, $d$ = 1,15), de symptomatologie borderline (DIB-R; $r$ = 0,59, $d$ = 1,46), et de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (TPS-PD; $r$ = 0,33, $d$ = 0,70; Gamache et al., 2016).

**Niveau de fonctionnement**

La grille de fonctionnement *Global Assessment of Functionning* (Spitzer et al., 1996), en français Évaluation globale du fonctionnement (APA, 2013), a été utilisée afin d'évaluer le niveau de fonctionnement prétraitement des clients. L'échelle, allant de *perturbations sévères* (1) à *fonctionnement supérieur* (100), permet d'évaluer les sphères psychologiques, sociales et occupationnelles. L'échelle a été élaborée afin d'offrir des informations sur le niveau d'atteinte du fonctionnement d'une personne, mais aussi afin

de déceler le besoin d'une aide professionnelle et de refléter les changements dans le fonctionnement au fil du temps (Pedersen & Karterud, 2012). Cet outil découle de différentes mesures introduites depuis plus de cinquante ans (Pedersen & Karterud, 2012), il a été présent dans le DSM-IV, mais a été remplacé dans le DSM-5 par une nouvelle version (*WHO Disability Assessment Schedule*), qui se voudrait maintenant plus détaillée et objective que l'échelle EGF (Gspandl et al., 2018).

Selon une revue de la littérature de Monrad Aas (2011), l'outil présente une bonne fidélité générale, considérée comme acceptable dans plusieurs études, surtout lorsque l'outil est utilisé par des évaluateurs d'expérience et entrainés pour le faire (Dworkin et al., 1990; Løvdahl & Friis, 1996). Toutefois, les validités concurrentes et prédictives pourraient être problématiques lorsque l'outil est utilisé afin d'évaluer le changement clinique chez un patient (Monrad Aas, 2011). D'ailleurs, Goldman et ses collègues (1992) avaient exposé la nécessité d'avoir des échelles distinctes pour mesurer différents domaines du fonctionnement, au lieu d'y aller de manière plus générale comme pour l'EGF.

L'EGF offre une mesure intéressante du fonctionnement global prétraitement sur les sphères psychologiques, sociales et occupationnelles (APA, 2023). Chez la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique, tout comme pour d'autres clientèles, un fonctionnement global plus faible avant de débuter la thérapie peut venir compliquer le maintien à moyen terme en traitement (Ronningstam, 2016). Tout comme pour la

variable du résultat total à la GFPP, cette variable de comparaison pourrait orienter dans un programme par étapes les clients qui pourraient bénéficier d'abord d'une autre aide professionnelle afin d'améliorer leur fonctionnement au quotidien (p. ex., travailleur social, psychoéducateur, conseiller en orientation, ergothérapeute) et par la suite entreprendre le processus thérapeutique.

**Diagnostic principal du trouble de la personnalité**

L'évaluation du trouble de la personnalité a été basée sur la conceptualisation du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les évaluations ont été menées par huit psychologues et deux stagiaires, puis les diagnostics ont été établis selon le consensus de cinq psychologues, comme mentionné précédemment. Ces évaluations ont été effectuées à la suite de l'entretien d'admission des clients au sein du programme de traitement. De cette évaluation, et pour les fins de cette recherche, un diagnostic principal a été dégagé de chaque dossier.

La comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité est fréquente dans le trouble de la personnalité narcissique, ce qui peut augmenter la complexité du traitement et l'alliance thérapeutique (Widiger & Trull, 2007).

**Abandon de la thérapie**

Dans les données d'archives, nous n'avions pas accès aux raisons pour lesquelles le suivi a été cessé, et il n'était pas possible de déterminer si cette fin avait été initiée par le

client, par le thérapeute ou par les deux parties. Seule l'information relative au statut de la thérapie (actif ou non) à des moments clés, par intervalles de trois mois, était disponible. Les clients ont été séparés en deux groupes en fonction du statut de la thérapie lors du douzième mois du programme.

**Facteurs pronostiques de l'abandon thérapeutique**

La Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (Gamache et al., 2017) a été utilisée en se basant sur les informations recueillies lors de l'entrevue initiale ainsi que sur celles provenant du dossier des patients. Elle peut être utilisée par les cliniciens lors de l'évaluation des besoins de leur client. Cet outil a été conçu afin d'identifier les clients plus à risque d'abandonner précocement le traitement psychologique ou de l'interrompre, mais aussi ceux qui pourraient utiliser le programme de traitement de manière contreproductive, par exemple, pour éviter des conséquences légales.

L'échelle est composée de 15 items cotés selon une échelle comportant trois points (0 = *correspond peu ou pas du tout*, 1 = *correspond modérément*, 2 = *correspond fortement*) répartis en cinq facteurs : Narcissisme (hostilité, défenses projectives, amertume, envie), Antisocialité (contre-transfert massif, psychopathie, sadisme), Bénéfices secondaires (motivation extrinsèque face au traitement, style de vie passif, conditions de vie défavorables au suivi), Faible motivation (absence subjective de détresse, refus de faire des sacrifices pour la thérapie) et traits du Cluster A (suspicion, hostilité, isolement social, contre-transfert massif). Bien que le premier facteur ait pour

nom « narcissisme », le facteur ne fait pas référence au diagnostic de narcissisme selon la conception du DSM, mais plutôt à des traits antagonistes particulièrement associés au narcissisme pathologique. Un score de dix et plus à la grille permet d'identifier avec une spécificité très élevée les patients susceptibles d'abandonner prématurément leur traitement (Gamache et al., 2018a). Une cote de 2 à l'un des items « contre-transfert massif », « psychopathie » ou « sadisme » constituerait une contre-indication majeure et grave à la psychothérapie, nécessitant une évaluation plus approfondie selon les auteurs.

## Plan d'analyse des données

Les données de ce travail de recherche ont été traitées par des tests de comparaison de groupes et par l'analyse de clusters, soit une technique de segmentation des données visant à procéder à la formation de groupe (Everitt et al., 2011; Han et al., 2012). La formation de ces groupes a été établie en fonction de certaines similarités trouvées entre eux, en fonction des variables endogènes prédéterminées par les chercheurs (Gorunescu, 2011). Cette partie du travail exposera les procédures effectuées en lien avec l'analyse comparative des participants actifs et ceux ayant abandonné le programme avant la fin de la première année, celles en lien avec l'analyse de clusters lors de la formation des groupes et finalement l'analyse comparative qui a été effectuée entre les différents groupes qui ont été obtenus.

**Analyse comparative des participants actifs et ceux ayant abandonné**

Dans le cadre de cette recherche, dans une première étape, une analyse comparative de moyennes a été effectuée entre les participants ayant abandonné la thérapie lors de la première année et ceux qui étaient toujours actifs au terme de celle-ci. Cette analyse permet de répondre à une partie de l'objectif de cette recherche, visant à mieux comprendre ce qui caractérise les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère qui abandonnent tôt leur thérapie.

D'abord, la normalité de la distribution quant aux différentes variables a été testée, à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Ce choix de test a été pris sur la base de la taille de l'échantillon. Les variables dont la normalité est respectée sont le total à la GFPP et le score à la Grille de perturbation et de sévérité; ces variables seront donc comparées entre les deux groupes à l'aide du test-*t*. L'ensemble des autres variables devront être traitées à l'aide de tests non paramétriques.

**Analyse de clusters : formation des groupes**

La deuxième étape était quant à elle d'effectuer une analyse de clusters en sélectionnant les participants de la banque de données qui avaient abandonné de manière précoce leur thérapie. Cette analyse étant moins fréquente que l'analyse de comparaison, le rationnel de l'analyse de clusters sera d'abord abordé dans ce travail avant de poursuivre avec la procédure d'analyse qui a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 29.0.2.0.

***Fondements méthodologiques de l'analyse de clusters***

La division des données en différents groupes par analyse de clusters, dans ce cas-ci la catégorisation des participants (il est également possible de l'effectuer en fonction de résultats à une variable), peut se faire de différentes manières, partant de deux principes clés (Everitt et al., 2011; Gorunescu, 2011) :

1. Les participants qui appartiennent au même regroupement (cluster) partagent plus de similarités avec leur groupe qu'avec les autres.
2. Les participants des différents groupes partagent moins de similarités avec les participants d'autres groupes, que ce qui est retrouvé avec les pairs de leur groupe d'appartenance (intragroupe).

Une étape importante dans l'analyse de clusters est le choix du nombre de regroupements (clusters) attendu afin d'optimiser la classification (Gorunescu, 2011). Parfois, il est difficile d'avoir une estimation du nombre de regroupements qui se dégagera de l'analyse, comme dans cette recherche. Une méthode connue pour sélectionner le nombre de groupes est le critère du coude (*elbow criterion*). À l'aide du graphique généré à la suite de l'analyse précédente, soit le graphique du coude (*elbow graph*), le chercheur obtient des pistes sur lesquelles baser son choix. Le dendrogramme, outil visuel également utilisé lors d'analyses de regroupement, permet aussi d'obtenir des informations pouvait guider la suite de l'analyse (Kaufman & Rousseeuw, 2009). Le but de ces différents outils est de déterminer le nombre de regroupements pertinents, en fonction de l'information supplémentaire qu'apporterait un regroupement de plus – c'est-à-dire, choisir le nombre

de regroupements qui permettrait d'avoir un pourcentage de variance expliquée suffisant pour ces groupes, tout en étant parcimonieux (Gorunescu 2011; Jain, 2010). La variance expliquée consiste à faire le calcul du ratio entre la variance inter-groupe et la variance totale (Kaufman & Rousseeuw, 2009). L'efficacité, dans cette analyse de clusters, consiste idéalement à avoir la plus petite variabilité intragroupe et la plus grande variabilité possible inter-groupe en fonction du nombre de clusters conservé (Gorunescu, 2011). Toutefois, il peut parfois être utile de perdre un peu de qualité de regroupement en choisissant un nombre plus ou moins grand de groupes, lorsque cela permet d'obtenir des informations qui utiles sur le plan clinique (p. ex., isoler un sous-groupe qui serait davantage à risque de perturber le traitement).

Deux approches regroupent les différentes méthodes d'analyses de clusters : le regroupement hiérarchique et le regroupement non hiérarchique. Quelques caractéristiques les différencient sur le plan de l'approche de regroupement utilisée, de leur validité en fonction de la taille des échantillons (Hastie et al., 2009), de la définition préalable ou non du nombre de clusters, de la flexibilité de la procédure et des critères d'affectation des observations (Everitt et al., 2011).

La première approche, soit l'analyse de clusters par des méthodes hiérarchiques, fonctionne par étapes en offrant d'abord un diagramme (dendrogramme) de regroupement en fonction de leur hiérarchie (Everitt et al., 2011; Gorunescu, 2011). Cette approche effectue un regroupement séquentiel des données, donc étape par étape, et affiche sous

forme de dendrogramme les solutions (Kaufman & Rousseeuw, 2009). Avant d'effectuer l'analyse, il n'est pas nécessaire de commander un nombre précis de groupes, toutefois il est possible d'établir le nombre maximal de regroupements voulus.

Parmi les méthodes d'analyses de clusters hiérarchiques, et selon les écrits de Gorunescu (2011), il y a l'approche de type agglomérative (*bottom-up*) et l'approche descendante (*top-down*). Dans la première, chaque donnée, ou dans ce cas-ci chaque participant, commence en constituant son propre groupe. Il y a donc autant de groupes qu'il y a de participants dans l'analyse. Ces groupes sont ensuite comparés entre eux afin d'être appariés avec les groupes les plus proches en termes de similarité, ou lorsque le critère d'arrêt qui était prédéfini est atteint. Dans la deuxième approche, toutes les données ou les participants commencent dans le même groupe, pour en arriver étape par étape à être divisés par sous-groupe en fonction des similarités au sein du groupe (intragroupe) et des différences entre les groupes (Kaufman & Rousseeuw, 2009).

Peu importe l'approche choisie, le processus complet de l'analyse de clusters est divisé en étapes : la formulation de la problématique de recherche, qui permettra de sélectionner les variables qui seront soumises au processus de formation des groupes; le choix de la mesure de similarité; le choix du modèle d'analyse de clusters; s'il y a lieu, la sélection du nombre de groupes voulu ou le maximum de groupes qui sera accepté; l'interprétation des graphiques et des résultats basés sur ceux-ci; puis finalement l'évaluation de la validité et de la robustesse du modèle (Gorunescu, 2011).

Afin de minimiser la distance intragroupe tout en maximisant la distance inter-groupe dans les analyses hiérarchiques, une méthode de maximisation doit être utilisée. Plusieurs méthodes sont possibles. Dans le cadre de cette recherche, ce sera la méthode de Ward (1963) qui sera utilisée. Cette méthode utilise la distance intracluster (au carré) et la distance interclusters, et elle est basée sur la somme des carrés (Everitt et al., 2011; Hastie et al., 2009). De manière plus simplifiée, cette méthode vise à minimiser la variation retrouvée à l'intérieur de chaque groupe en analysant quelle serait la perte d'informations causée par la formation des clusters. Cette perte s'observe par l'augmentation de la somme des carrées des distances entre chaque donnée et le point central du cluster après chaque formation (Kaufman & Rousseeuw, 2009). Cette approche conduirait davantage à des clusters de petite taille ou de taille similaire (Sarstedt & Mooi, 2019).

Quelques logiciels d'analyses permettent d'effectuer les analyses de clusters. Ici, le logiciel d'analyse retenu est SPSS par sa facilité d'utilisation et son accessibilité dans le milieu universitaire.

### *Analyse avec le logiciel SPSS*

Une analyse de clusters a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 29.0.2.0 afin de répondre à une partie de l'objectif de la recherche, soit de vérifier quels sont les profils des clients présentant un trouble de la personnalité narcissique (modéré à sévère) qui abandonnent de manière précoce leur thérapie. L'analyse de clusters était jugée pertinente pour apprécier la distribution des données, observer les caractéristiques des participants

dans les différents groupes et poser des hypothèses sur les facteurs contribuant à l'abandon précoce de la thérapie. Les variables endogènes ont d'abord été sélectionnées, par la suite il y a eu analyse exploratoire et analyse de validation.

### *Choix des variables*

En préparation à l'analyse de clusters, six variables endogènes – variables utilisées pour former les groupes – ont été utilisées. Elles ont été sélectionnées en fonction des résultats d'études précédentes sur les facteurs pronostiques au traitement de clients présentant un trouble de la personnalité (Gamache et al., 2017) et sur le lien entre le fonctionnement global d'un individu et les bénéfices qu'il retire de la psychothérapie. Les cinq premières variables sont les facteurs de la GFPP : facteur 1 (Narcissisme), facteur 2 (Psychopathie), facteur 3 (Bénéfices secondaires), facteur 4 (Faible motivation) et facteur 5 (Cluster A). La dernière variable utilisée pour la formation des clusters est le résultat à l'échelle EGF. Avant le traitement des données, aucun nombre de clusters n'a été prédéfini.

### *Analyse exploratoire*

Une première étape de l'analyse de clusters a consisté à effectuer une procédure de regroupement hiérarchique agglomératif. Cette méthode repose sur la mesure de similarité-dissimilarité ainsi que sur une méthode de regroupement. Comme mentionné précédemment, la méthode de Ward (1963) a été utilisée comme algorithme de développement des clusters, et la mesure de similarité retenue est le carré de la distance

euclidienne, étant donné le type de variables (continues). Comme les variables à l'étude n'ont pas la même échelle de réponse, les résultats ont subi une transformation en score *z* au préalable.

Le nombre final de clusters retenus est établi à partir de l'indice de qualité des clusters et de graphiques (méthode du coude et dendrogramme).

### *Analyse de validation*

Lors de la deuxième étape d'analyse, les résultats obtenus à l'étape précédente ont été testés à l'aide d'une procédure en deux étapes (*Two-Step*) en prédéterminant d'avance un nombre de solutions et en utilisant la mesure de distance log-vraisemblance (*log-likelihood*). Cette étape permet de valider la solution trouvée lors de la phase exploratoire. L'analyse en deux étapes combine à la fois les approches hiérarchiques et de partitionnement (Sarstedt & Mooi, 2019).

### Analyse de clusters : comparaison des groupes

En dernière étape, les clusters ont été comparés sur des variables exogènes, soit sur des données sociodémographiques (âge, nombre d'enfants), la consommation de classes de médicaments, le nombre de diagnostics de trouble de la personnalité, le total à la GFPP et ses cinq facteurs et le résultat à l'échelle EGF. La méthode de comparaison ANOVA a été utilisée lorsque la condition de distribution normale était remplie (Total à la GFPP et

âge); pour les autres variables, le test de Kruskal-Wallis pour données non paramétriques a été utilisé.

Les variables exogènes ont été sélectionnées en lien avec leur pertinence clinique et empirique. Ces variables peuvent permettre de mieux comprendre les facteurs qui peuvent venir influencer le succès thérapeutique et l'alliance de traitement. Certaines variables ont déjà été étudiées dans le cadre de recherches portant sur le traitement du trouble de la personnalité narcissique, alors que d'autres n'ont pas encore été testés sur cette clientèle, mais elles ont été soulevées comme contribuant à la persistance en thérapie pour des clientèles partageant des caractéristiques avec le trouble de la personnalité narcissique.

# Résultats

La section suivante présente les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques menées.

## Présentation des résultats

Cette section comporte trois parties. La première présente les résultats permettant de vérifier si des différences sont observées entre les clients abandonnant tôt la thérapie et ceux qui la poursuivent. La deuxième permet de vérifier les regroupements qui se dégagent parmi les clients qui ont abandonné tôt la thérapie et leurs distinctions. Finalement, la dernière partie permet de vérifier les différences qui se dégagent de l'analyse comparative effectuée entre chaque groupe.

### Comparaison entre les clients ayant abandonné ou non la thérapie

Afin de parvenir à mieux comprendre ce qui distingue les participants ayant abandonné la thérapie de manière précoce, une comparaison des groupes sur différentes variables sera effectuée à l'aide du test-*t*, du chi carré et du test *U* de Mann-Whitney.

Le Tableau 1 présente les différentes caractéristiques sociodémographiques et médicales des deux groupes de participants de l'étude ainsi que les différences significatives observées.

**Tableau 1**

*Prévalence des participants en fonction de leur statut thérapeutique quant aux variables sociodémographiques et médicales*

| Variables | Abandons ($n$ = 45) | | Actifs ($n$ = 34) | | Analyse des différences |
|---|---|---|---|---|---|
| | *n* | % | *n* | % | |
| Célibataire | 26 | 57,8 | 22 | 64,70 | NS |
| Aucun enfant | 24 | 53,3 | 21 | 61,80 | NS |
| Actif (emploi/études) | 25 | 55,6 | 23 | 67,60 | $x^2(1) = 4{,}62$* $d = 0{,}24$ |
| Absence de casier judiciaire | 34 | 75,6 | 28 | 82,40 | NS |
| Aucune prise de médicaments psychotropes | 10 | 22,2 | 6 | 17,65 | NS |
| Présence de plus d'un diagnostic de TP | 29 | 64,4 | 26 | 76,50 | NS |

*Note*. NS = absence de différence significative entre les deux groupes. TP = Troubles de la personnalité.
*$p < 0{,}05$.

***Analyses comparatives entre les participants ayant abandonné et ceux actifs à un an***

Des tests de comparaison de groupe pour échantillons indépendants ont été effectués lors de cette étape. Un test-*t* a été utilisé pour deux variables dont les données se distribuaient de manière normale, les autres ont été traités à l'aide du test *U* de Mann-Whitney. Le test *U* est un test statistique non paramétrique utilisé pour comparer deux groupes indépendants lorsque la distribution ne respecte pas les critères de normalité. Les variables à l'étude pour cette comparaison sont : le total à la GFPP et à ses cinq facteurs, l'âge, le nombre de classes de médicaments consommés, le total à la Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement, le résultat à l'Évaluation globale de fonctionnement (EGF), le résultat à l'outil DIB ainsi que le nombre de diagnostics de trouble de la personnalité. Des différences statistiquement significatives ont été observées pour le total à la GFPP, le facteur 1 (Narcissisme) et le facteur 3 (Bénéfices secondaires). Les participants ayant abandonné la thérapie ($n = 45$) présentent un score à la GFPP supérieur ($M = 8{,}67$, $ÉT = 3{,}89$) à ceux ayant continué la thérapie ($M = 5{,}88$, $ÉT = 3{,}18$), $t(1, 77) = 3{,}40$, $p < 0{,}001$, $d = 3{,}60$. Les participants ayant abandonné la thérapie ($n = 45$) présentent un score supérieur au facteur 1 (Narcissisme; $M = 3{,}87$, $ÉT = 1{,}88$) à ceux ayant continué la thérapie ($M = 2{,}88$, $ÉT = 1{,}79$), $U(1, 77) = 534{,}00$, $p = 0{,}021$, $d = 1{,}84$ et un score supérieur au facteur 3 (Bénéfices secondaires; $M = 2{,}27$, $ÉT = 1{,}72$) à celui de ceux ayant continué la thérapie ($M = 1{,}09$, $ÉT = 1{,}19$), $U(1, 77) = 445{,}50$, $p < 0{,}001$, $d = 1{,}52$.

Le Tableau 2 présente l'ensemble des comparaisons de moyennes des deux groupes en fonction des 12 variables testées.

**Tableau 2**

*Comparaison des participants en fonction de leur statut thérapeutique sur des variables liées au pronostic de traitement*

| Variables | Abandons ($n$ = 45) | | Actifs ($n$ = 34) | | Statistique |
|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *ÉT* | *M* | *ÉT* | |
| Total GFPP | 8,67 | 3,86 | 5,88 | 3,18 | $t$ = 3,40*** |
| Facteur 1 (Narcissisme) | 3,87 | 1,88 | 2,88 | 1,79 | $U$ = 2,35* |
| Facteur 2 (Psychopathie) | 0,60 | 1,07 | 0,56 | 1,02 | $U$ = 0,17 |
| Facteur 3 (Bénéfices secondaires) | 2,27 | 1,72 | 1,09 | 1,19 | $U$ = 3,42*** |
| Facteur 4 (Faible motivation) | 1,07 | 0,99 | 0,68 | 0,84 | $U$ = 1,85 |
| Facteur 5 (Cluster A) | 2,02 | 1,53 | 1,41 | 1,33 | $U$ = 1,86 |
| Âge | 37,62 | 11,49 | 34,65 | 10,97 | $U$ = 1,16 |
| Nombre de classes de médicaments | 1,82 | 1,39 | 1,76[a] | 10,97 | $U$ = 0,20 |
| Total grille de sévérité et de perturbation | 14,56 | 4,08 | 13,47 | 3,23 | $t$ = 1,28 |
| Score EGF | 51,24 | 5,17 | 52,32 | 5,75 | $U$ = 0,88 |
| Score DIB | 7,36 | 1,96 | 6,97 | 2,18 | $U$ = 0,82 |
| Nombre de diagnostics de TP | 1,84 | 0,74 | 2,03 | 0,76 | $U$ = 1,09 |

*Note.* [a] Information manquante pour un participant.
GFPP = Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie
EGF = Évaluation globale du fonctionnement
DIB = Questionnaire Diagnostic Interview for Borderline
TP = Troubles de la personnalité
*$p$ < 0,05. **$p$ < 0,01. ***$p$ < 0,001.

**Analyses de clusters : formation des groupes**

La procédure d'analyse de clusters a été effectuée en deux étapes : l'analyse exploratoire et l'analyse de validation.

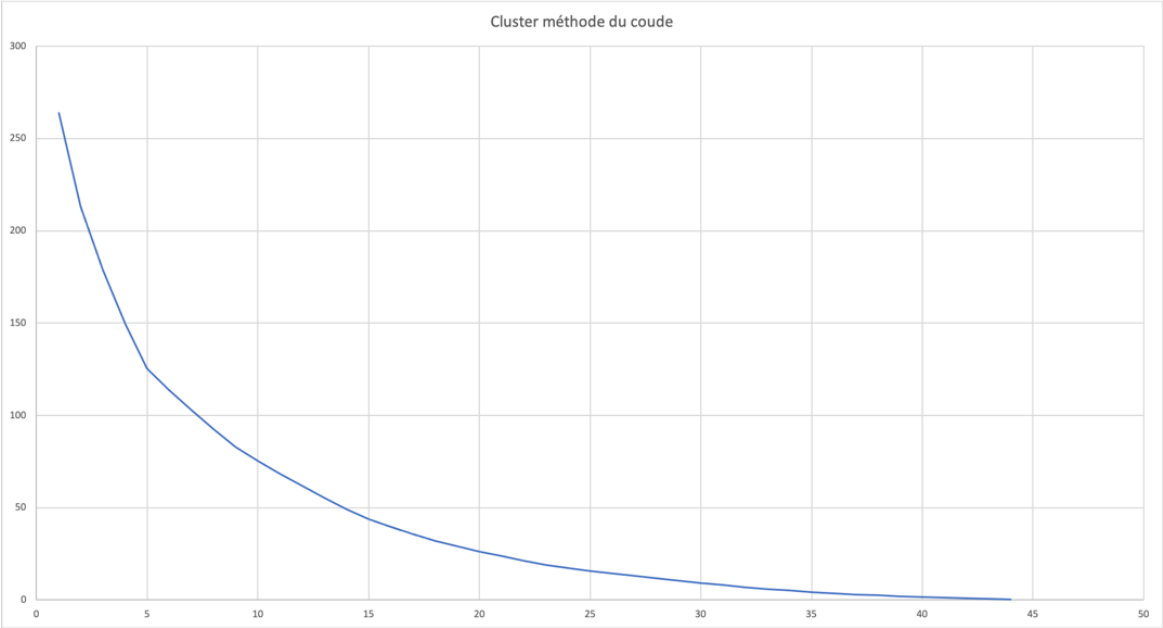
***Analyse exploratoire***

Six variables de regroupements ont été choisies en fonction de la littérature et utilisées comme variables endogènes pour le regroupement des participants. Ces variables sont : le résultat à l'EGF et les résultats obtenus aux cinq facteurs de la GFPP. D'abord, une analyse de clusters hiérarchique a été effectuée en fonction de la méthode de Ward (1963) et en utilisant la mesure du carré de la distance euclidienne afin d'explorer et préparer les données pour l'analyse confirmatrice. Provenant de différentes échelles de mesure, les données ont été transformées en score Z avant d'effectuer cette analyse. En consultant la courbe de la méthode du coude, il ne semblait pas y avoir un nombre de regroupements se démarquant sans équivoque. Les possibilités, sur la base de cette courbe et en restant parcimonieux, oscillaient entre trois et cinq regroupements. La consultation du dendrogramme, quant à elle, soulevait des solutions qui pouvaient être réalistes et plausibles en trois ou cinq groupes.

La Figure 1 présente le dendrogramme utilisant la Distance de Ward de l'analyse de clusters effectuée. Elle permet de voir la répartition des participants dans les différents regroupements.

**Figure 1**

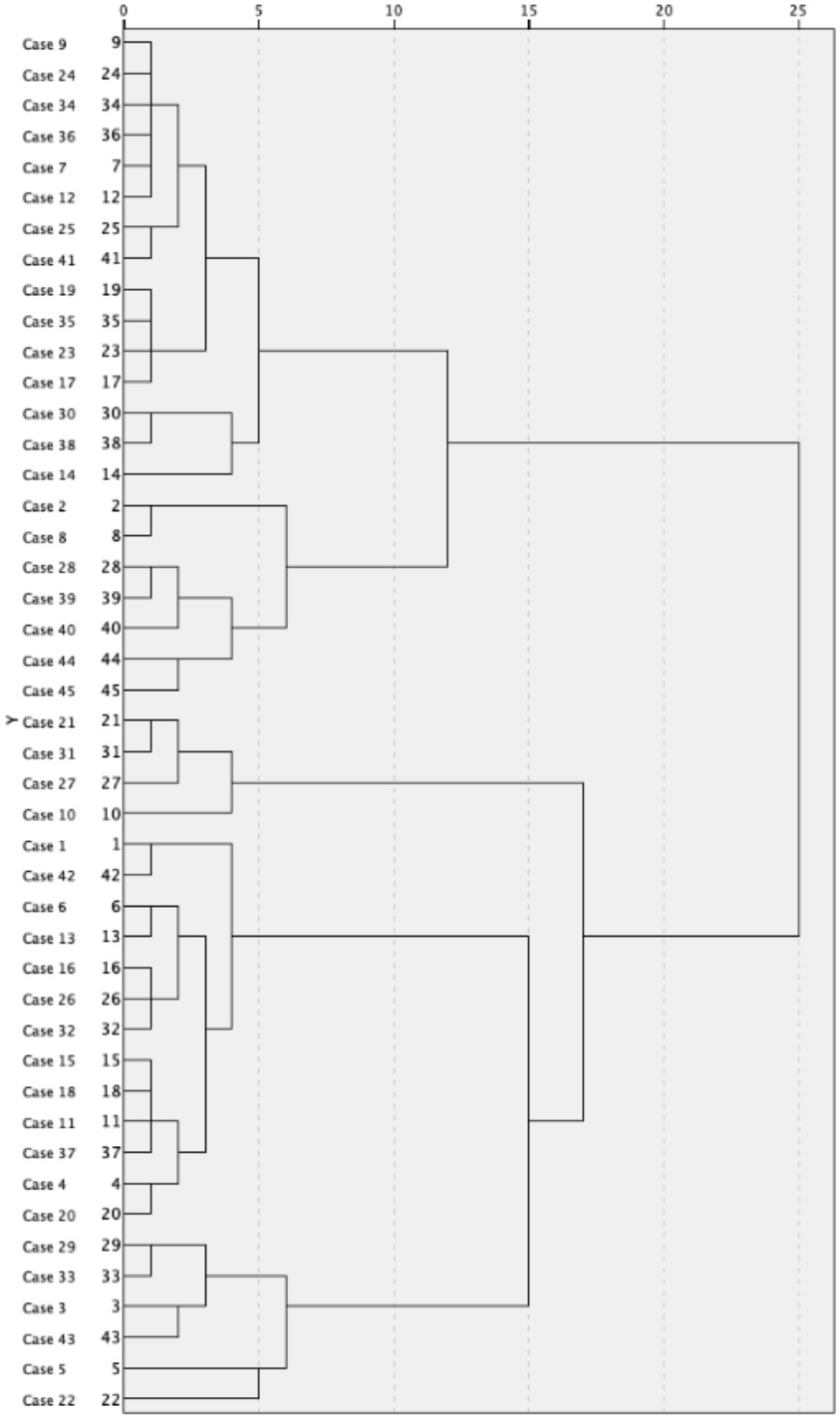
*Graphique du coude utilisé pour apprécier la qualité des différents clusters*




Second indice graphique permettant d'apprécier le nombre de groupes qui serait le plus pertinent, la Figure 2 présente le dendrogramme utilisant la Distance de Ward de l'analyse de clusters effectuée. Elle permet de voir la répartition des participants dans les différents regroupements.

**Figure 2**

*Dendrogramme utilisé pour apprécier la répartition des participants dans les différents clusters en utilisant la Distance de Ward*



***Analyse de validation***

Dans le cadre de l'analyse de validation en deux étapes (*two-step*) en utilisant comme mesure de distance le Log de vraisemblance, une analyse sans dicter le nombre de groupes a été lancée.

Voulant tester les solutions qui avaient été soulevées en phase exploratoire, la décision a été prise de vérifier les solutions à trois, quatre et cinq groupes afin de pouvoir comparer leurs qualités. L'indice de silhouette des clusters est considéré comme correct (0,4) en fonction de la théorie de Rousseeuw (1987) pour des répartitions en quatre ou cinq groupes, et présente une qualité légèrement moindre (0,3) lorsque les participants sont répartis en trois groupes. Le prédicteur le plus important dans la formation des clusters, peu importe le nombre retenu, est le facteur 4 de la GFPP (Faible motivation).

Après analyse de la répartition des groupes, des particularités semblaient masquées par un regroupement en quatre groupes au lieu de cinq. Un petit groupe de cinq participants semble se démarquer sur le plan de ses traits psychopathiques et de son plus faible pronostic de traitement. En raison de la qualité similaire des solutions en quatre et cinq groupes et de l'information clinique supplémentaire fournie par cette dernière, c'est finalement la solution à cinq clusters qui a été retenue. Les clusters ont été nommés comme suit (le choix de ces désignations sera étayé ultérieurement) : (a) « Pronostic en apparence favorable »; (b) « Antagoniste »; (c) « Faible motivation »; (d) « Désorganisé »; et (e) « Psychopathique ».

***Description des participants selon leur cluster respectif***

**1. Pronostic en apparence favorable**. Quinze participants âgés en moyenne de 37,93 ans (*ÉT* = 8,94) ont été regroupés lors de la formation du premier groupe (11 hommes). Les participants de ce groupe étaient majoritairement célibataires (66,6 %), près de la moitié n'avait pas d'enfant (46,6 %), pas d'occupation professionnelle ou scolaire (60 %), ni de casier judiciaire (80 %). Quant à la scolarité, 13,3 % des participants avaient atteint un niveau de scolarité primaire, 26,7 % un niveau secondaire, 33,3 % un niveau collégial et 20 % un niveau universitaire. Parmi les répondants, un dossier ne contenait pas l'information scolaire. Finalement, les participants consommaient majoritairement deux classes de médicament ou moins (80 %). Près de la moitié des participants avaient à leur dossier plus d'un diagnostic de trouble de la personnalité (46,7 %). Parmi les autres diagnostics de trouble de la personnalité retrouvé chez ce groupe, 26,7 % des participants avaient comme diagnostic principal un trouble de la personnalité limite.

**2. Antagoniste**. Quatorze participants âgés en moyenne de 40,79 ans (*ÉT* = 13,42) ont été regroupés lors de la formation du deuxième cluster (9 hommes). Les participants de ce groupe étaient majoritairement célibataires (64,3 %), n'avaient pas d'enfant (64,3 %), pas d'occupation professionnelle ou scolaire (57,1 %), ni de casier judiciaire (85,7 %). Quant à la scolarité, 50 % des participants ont atteint un niveau secondaire, 35,7 % un niveau collégial, 7,1 % des participants un niveau universitaire et l'information était manquante pour un participant. Les participants avaient un profil de consommation de classes de médicaments varié : aucune (35,7 %), une (14,3 %), deux (21,4 %), trois

(21,4 %) et quatre (7,1 %). La majorité des participants avaient à leur dossier deux diagnostics de trouble de la personnalité ou plus (78,6 %). Le trouble de la personnalité limite était le diagnostic principal de 35,7 % des participants et le trouble de la personnalité histrionique celui de 7,1 % des participants.

**3. Faible motivation**. Sept participants âgés en moyenne de 28,71 ans (*ÉT* = 9,51) ont été regroupés dans le troisième cluster (cinq hommes). Les participants de ce groupe étaient majoritairement célibataires (57,1 %) et n'avaient pas d'enfant (57,1 %). Un peu plus de la moitié d'entre eux n'occupait pas d'emploi ou n'était pas aux études (57,1 %), et seulement 14,3 % des participants avait un casier judiciaire (un seul participant). Quant à la scolarité, 57,1 % des participants avaient atteint un niveau d'études secondaires et 42,9 % un niveau collégial. Les participants avaient un profil de consommation de classes de médicaments varié : aucune (14,3 %), une (14,3 %), deux (42,9 %), trois (14,3 %) et cinq (14,3 %). La majorité des participants avaient à leur dossier deux diagnostics de trouble de la personnalité ou plus (71,4 %). Le trouble de la personnalité limite était le diagnostic principal de 42,9 % des participants. Parmi les quatre autres participants ayant un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique, un de ceux-ci présentait un trouble de la personnalité narcissique malin.

**4. Désorganisé**. Quatre participants âgés en moyenne de 36,00 ans (*ÉT* = 11,69) ont été regroupés lors de la formation du troisième cluster (quatre hommes). Les participants de ce groupe étaient majoritairement en couple (75 %) et avaient un enfant ou plus (75 %).

Tous les participants occupaient un emploi ou étaient aux études. La moitié d'entre eux avait un casier judiciaire (50 %). Quant à la scolarité, un participant avait atteint un niveau d'études primaire et trois participants un niveau secondaire. Les participants avaient un profil de consommation de classes de médicaments varié : aucune (25 %), un (25 %), deux (25 %) et trois (25 %). La majorité des participants avaient à leur dossier trois diagnostics de trouble de la personnalité (75 %). Le trouble de la personnalité limite était le diagnostic principal d'un des participants de ce groupe, alors que tous les autres avaient comme diagnostic principal le trouble de la personnalité narcissique.

**5. Psychopathique**. Sept participants âgés en moyenne de 28,71 ans (*ÉT* = 9,51) ont été regroupés lors de la formation du troisième cluster (cinq hommes). Les participants de ce groupe étaient majoritairement célibataires (57,1 %) et n'avaient pas d'enfant (57,1 %). Un peu plus de la moitié d'entre eux n'occupait pas d'emploi ou n'était pas aux études (57,1 %), et seulement un participant avait un casier judiciaire. Quant à la scolarité, 57,1 % des participants avaient atteint un niveau d'études secondaires et 42,9 % un niveau collégial. Les participants avaient un profil de consommation de classes de médicaments varié : aucune (14,3 %), une (14,3 %), deux (42,9 %), trois (14,3 %) et cinq (14,3 %). La majorité des participants avaient à leur dossier deux diagnostics de trouble de la personnalité ou plus (71,4 %). Le trouble de la personnalité limite était le diagnostic principal de 42,9 % des participants. Parmi les autres participants présentant un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique, un de ceux-ci présentait un trouble de la personnalité narcissique malin.

**Analyses comparatives entre les groupes**

Le Tableau 3 montre comment les cinq groupes se différencient sur les variables impliquées dans la procédure de formation des clusters. L'échelle EGF présentant une distribution normale des données, l'analyse statistique ANOVA a été utilisée. Les facteurs de la GFPP ont été quant à eux comparés en utilisant l'approche non paramétrique Kruskal-Wallis, la distribution ne respectant pas la loi normale : échelle EGF : $F(4, 40) = 11{,}35$, $p < 0{,}001$; facteur 1 (Narcissisme) : $H(4, 40) = 27{,}02$, $p < 0{,}001$; facteur 2 (Psychopathie) : $H(4, 40) = 22{,}73$, $p < 0{,}001$; facteur 3 (Bénéfices secondaires) : $H(4, 40) = 13{,}56$, $p = 0{,}009$; facteur 4 (Faible motivation) : $H(4, 40) = 26{,}06$, $p < 0{,}001$; facteur 5 (Cluster A) : $H(4, 40) = 26{,}04$, $p < 0{,}001$. Des différences ont été retrouvées entre au moins deux des clusters sur l'ensemble des variables.

Pour la variable du résultat à l'échelle EGF, une différence significative a été trouvée entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « désorganisé », $F(1) = 11{,}26$, $p < 0{,}001$, $d = 1{,}88$; le cluster « antagoniste » et le cluster « désorganisé », $F(1) = 8{,}90$, $p < 0{,}001$, $d = 1{,}69$; le cluster « faible motivation » et le cluster « désorganisé », $F(1) = 12{,}25$, $p < 0{,}001$, $d = 2{,}19$; et entre le cluster « désorganisé » et le cluster « psychopathique », $F(1) = 13{,}65$, $p < 0{,}001$, $d = 2{,}31$. Lors de l'analyse de comparaison, le facteur de correction Bonferroni a été utilisé afin de contrôler le taux d'erreur de type 1 qui peut être occasionné lorsque plusieurs analyses de comparaison sont effectuées.

**Tableau 3**

*Comparaison des groupes selon les variables endogènes chez les patients ayant abandonné la thérapie à l'intérieur d'un an* ($n$ = 45)

| Variables endogènes avec étendue possible des scores | | Pronostic en apparence favorable ($n$ = 15) | Antagoniste ($n$ = 14) | Faible motivation ($n$ = 7) | Désorganisé ($n$ = 5) | Psychopathique ($n$ = 4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Score EGF (1-100) | *M* | 52,87[a] | 50,50[b] | 53,86[c] | 41,60[a, b, c, d] | 55,25[d] |
| | *É-T* | 3,96 | 2,62 | 5,36 | 2,60 | 3,68 |
| Facteur 1 : Narcissisme (0-8) | *M* | 3,00[a] | 5,64[a, b] | 1,86[b, c] | 4,40[c] | 3,75 |
| | *É-T* | 1,36 | 0,84 | 1,34 | 1,67 | 2,06 |
| | *RM* | 16,20 | 36,36 | 9,36 | 25,40 | 22,63 |
| Facteur 2 : Psychopathie (0-6) | *M* | 0,13[a, b] | 0,14[d, e] | 0,57[c, f] | 1,60[a, c, d] | 2,75[b, e, f] |
| | *É-T* | 0,35 | 0,36 | 0,97 | 1,14 | 1,50 |
| | *RM* | 18,40 | 18,57 | 22,86 | 34,80 | 41,25 |
| Facteur 3 : Bénéfices secondaires (0-6) | *M* | 1,87[a] | 2,14[b] | 2,00[c] | 5,20[a, b, c, d] | 1,00[d] |
| | *É-T* | 1,55 | 0,94 | 2,00 | 1,30 | 0,81 |
| | *RM* | 19,93 | 24,11 | 20,21 | 41,00 | 13,00 |
| Facteur 4 : faible motivation (0-4) | *M* | 0,20[a, b, c, d] | 1,00[a, e] | 2,29[b, e] | 1,80[c] | 1,50[d] |
| | *É-T* | 0,41 | 0,67 | 0,48 | 1,30 | 0,57 |
| | *RM* | 11,50 | 22,96 | 38,14 | 31,00 | 29,75 |
| Facteur 5 : Cluster A (0-8) | *M* | 0,93[a, b, c] | 2,64[a, d] | 1,00[e] | 4,20[b, d] | 3,00[c, e] |
| | *É-T* | 0,79 | 1,27 | 0,81 | 1,48 | 0,81 |
| | *RM* | 13,07 | 29,43 | 14,21 | 38,60 | 33,63 |

*Note*. Les lettres utilisées en exposant démontrent les différences significatives à $p < 0,05$ avec correction de Bonferonni obtenues entre les différents groupes pour chaque variable. RM = Rang moyen.

Pour le facteur 1 (Narcissisme), des différences ont été trouvées entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « antagoniste », $H(1) = 20{,}15$, $p < 0{,}001$, $d = 3{,}02$; entre le cluster « antagoniste » et le cluster « faible motivation », $H(1) = 27{,}00$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; et entre le cluster « faible motivation » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 16{,}04$, $p = 0{,}03$, $d > 5$.

Pour le facteur 2 (Psychopathie), des différences ont été trouvées entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 16{,}40$, $p = 0{,}003$, $d > 5$; le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 22{,}85$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; le cluster « antagoniste » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 16{,}22$, $p = 0{,}004$, $d > 5$; entre le cluster « antagoniste » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 22{,}67$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; et entre le cluster « faible motivation » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 18{,}39$, $p = 0{,}006$, $d > 5$.

Pour le facteur 3 (Bénéfices secondaires), des différences significatives ont été trouvées entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 21{,}06$, $p = 0{,}001$, $d > 5$; le cluster « antagoniste » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 16{,}89$, $p = 0{,}011$, $d > 5$; entre le cluster « faible motivation » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 20{,}78$, $p = 0{,}006$, $d > 5$; et entre le cluster « désorganisé » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 28{,}00$, $p = 0{,}001$, $d > 5$.

Pour le facteur 4 (Faible motivation), des différences significatives ont été trouvées entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « antagoniste », $H = 11{,}46$, $p = 0{,}014$, $d = 1{,}62$; le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « faible motivation », $H(1) = 26{,}64$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 19{,}50$, $p = 0{,}003$, $d > 5$; entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 18{,}25$, $p = 0{,}010$, $d = 4{,}41$; et entre le cluster « antagoniste » et le cluster « faible motivation », $H(1) = 15{,}17$, $p = 0{,}009$, $d = 3{,}23$.

Pour le facteur 5 (Cluster A), des différences significatives ont été trouvées entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « antagoniste », $H(1) = 16{,}36$, $p < 0{,}001$, $d = 2{,}28$; le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 25{,}53$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; entre le cluster « pronostic en apparence favorable » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 20{,}55$, $p = 0{,}004$, $d > 5$; entre le cluster « antagoniste » et le cluster « désorganisé », $H(1) = 15{,}21$, $p = 0{,}010$, $d = 4{,}67$; et entre le cluster « faible motivation » et le cluster « psychopathique », $H(1) = 19{,}41$, $p = 0{,}016$, $d > 5$.

Quant aux variables exogènes, aucune différence n'a été retrouvée entre les différents clusters quant au nombre de classes de médicaments consommés, $H(4, 40) = 2{,}96$, $p = 0{,}56$; au nombre de diagnostics de trouble de la personnalité, $H(4, 40) = 8{,}40$, $p = 0{,}078$; ainsi qu'à l'âge $F(4, 40) = 1{,}35$, $p = 0{,}851$. Une différence significative a été

observée entre au moins deux des clusters pour le total à la GFPP, $H(4, 40) = 19{,}81$, $p < 0{,}001$. Une analyse post-hoc fait état de différences entre le cluster « pronostic en apparence favorable » ($M = 5{,}40$, $ÉT = 2{,}38$, rang moyen = 11,73) et le cluster « antagoniste » ($M = 10{,}14$, $ÉT = 1{,}70$, rang moyen = 29,14), $H(1) = 10{,}07$, $p = 0{,}015$, $d = 1{,}46$; le cluster « pronostic en apparence favorable » ($M = 5{,}40$, $ÉT = 2{,}38$, rang moyen = 11,73) et le cluster « désorganisé » ($M = 15{,}20$, $ÉT = 2{,}28$, rang moyen = 42,30), $H(1) = 30{,}57$, $p < 0{,}001$, $d > 5$; et entre le cluster « faible motivation » ($M = 8{,}27$, $ÉT = 3{,}47$, rang moyen = 21,77) et le cluster « désorganisé » ($M = 15{,}20$, $ÉT = 2{,}28$, rang moyen = 42,30), $H(1) = 20{,}53$, $p < 0{,}01$, $d > 5$.

# Discussion

Cet essai avait pour but de vérifier, auprès d'un échantillon de clients présentant un trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère et ayant abandonné leur traitement au courant de la première année, quelles caractéristiques pouvaient être associées à l'abandon prématuré de la thérapie. Les données utilisées provenaient d'archives de dossiers cliniques d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité de modéré à sévère ayant débuté et abandonné dans la première année une psychothérapie dans un centre de traitement surspécialisé du CIUSSS-CN.

À ce jour, peu d'études existent sur le traitement du trouble de la personnalité narcissique et son attrition, comparativement à d'autres troubles de la personnalité tels que le trouble de la personnalité limite (Crisp & Gabbard, 2020; Horwitz, 2023; Muir et al., 2021).

Plus spécifiquement, dans le cadre de cet essai, une première étape avait pour but de comparer les clients qui avaient abandonné la thérapie lors de la première année à ceux qui étaient encore considérés comme actifs au terme d'une année. Les deux groupes étaient d'abord décrits puis comparés sur plusieurs variables, dont certaines informations sociodémographiques, nombre de classes de médicaments prescrits, le total de sévérité du trouble selon la Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement, le niveau du fonctionnement prétraitement en fonction de l'EGF, le total à la Grille de facteur

pronostique pour la psychothérapie (GFPP) et à ses cinq facteurs qui la composent : Narcissisme, Psychopathie, Bénéfices secondaires, Faible motivation, Traits du Cluster A.

Par la suite, la deuxième étape visait quant à elle à établir des profils en fonction de deux types de caractéristiques associées aux abandons thérapeutiques soit : (a) les facteurs pronostiques; et (b) la qualité du fonctionnement global prétraitement en utilisant des analyses de clusters.

Finalement, la troisième étape visait à comparer les différents groupes identifiés lors de la deuxième étape. Ils ont été comparés en fonction des variables endogènes nommées précédemment et en fonction de variables exogènes : nombre de classes de médicaments prescrits, nombre de diagnostics de trouble de la personnalité au dossier du client, âge et total à la GFPP.

Dans les pages suivantes, les résultats de l'étude seront discutés en regard de la littérature. Par la suite, cette section présentera les limites de l'étude ainsi que ses retombées théoriques et cliniques.

## Discussion des résultats

D'abord, le taux d'abandon de la thérapie observé dans l'échantillon (56 %) est un peu plus élevé que celui rapporté dans d'autres recherches portant sur les troubles de la personnalité, soit entre 17 et 50 % avec une médiane d'abandon située à 37 % (McMurran

et al., 2010). Dans une méta-analyse portant sur le trouble de la personnalité limite (Illiakis et al., 2021), le taux d'abandon de la thérapie se situait autour de 28 % pour ceux qui consultaient en externe (non hospitalisé).

Dans le cadre de la présente étude, les participants présentaient un trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère et présentaient un historique d'échecs thérapeutiques (ces facteurs faisaient partie des conditions d'admissibilité du centre de traitement où les données ont été recueillies). Ce faisait, il était attendu que le taux d'abandon soit considérablement élevé à l'intérieur de la première année de thérapie. Également, il est important de noter que les taux d'abandon prématuré varient beaucoup dans les études recensées par McMurran et ses collègues (2010) dans le cadre de leur méta-analyse; cela peut être en lien avec la définition de l'abandon thérapeutique qui est très changeante d'une méthode de recherche à une autre. Comme discuté précédemment, certains auteurs considèrent l'abandon comme étant l'arrêt de la thérapie sans avoir reçu l'approbation du thérapeute (Horner & Diamond, 1996; Lingiardi et al., 2005; Ogrodniczuk et al., 2008; Smith et al., 1995; Soler et al., 2008; Spinhoven et al., 2007), alors que d'autres se basent sur un critère de durée de la thérapie allant entre trois mois (Chiesa et al., 2000; Rüsch et al., 2008) et trois ans (Löffler-Statska et al., 2008).

Chaque définition de l'abandon thérapeutique comporte des avantages et des limites sur le plan méthodologique. L'abandon qui est opérationnalisé par un nombre fixe de séances ou de mois facilite certaines analyses en recherche, mais ne nous renseigne pas

sur les progrès réalisés en thérapie (Zimmermann et al., 2017). Un client pourrait avoir bénéficié grandement des premières séances de la thérapie et décidé de mettre un terme à celle-ci, alors qu'un autre pourrait avoir complété toute la durée du programme sans présenter une amélioration des symptômes.

Dans la présente étude, nous avions seulement comme information que la thérapie avait été arrêtée sans entente entre le client et le thérapeute, et ce, pendant une période d'au moins un mois. Nous n'avions toutefois pas accès à des informations plus spécifiques à savoir qui avait initié cette fin et quelles en étaient les raisons (p. ex., en raison d'un manquement sévère au contrat thérapeutique, de comportements inappropriés durant le traitement, d'un transfert vers une autre ressource de traitement en fonction des priorités de soins).

En abordant ce sujet, nous cherchions à mieux comprendre la diversité des profils et des caractéristiques au sein de cette population, afin de mieux orienter les interventions et d'identifier des pistes susceptibles de favoriser l'engagement des clients dans leur démarche thérapeutique. Par exemple, certains clients pourraient tirer profit de rencontres préparatoires avant d'entreprendre un programme structuré, dans le but de clarifier leurs attentes, d'explorer les raisons qui les amènent à consulter et de soutenir l'émergence d'une motivation plus intrinsèque au changement. Dans un contexte où les systèmes de santé et de services sociaux sont fortement marqués par des impératifs d'efficacité et de maximisation de l'offre de services, la question de l'adéquation entre les besoins des

clients et les modalités de prise en charge devient centrale. Bien que la prédiction du succès thérapeutique comporte des limites et des enjeux éthiques, l'identification de facteurs pronostiques pourrait néanmoins contribuer à éclairer certaines décisions cliniques et organisationnelles, par exemple en orientant les clients vers le type de professionnel ou de modalité d'intervention le plus susceptible de répondre à leurs besoins à un moment donné.

## Comparaison entre les clients ayant abandonné ou non la thérapie

Dans le cadre de la présente recherche, les deux groupes de participants ont été comparés quant à certaines variables sociodémographiques afin d'observer si des liens existent entre celles-ci et l'abandon précoce de la thérapie. Ces analyses avaient pour but de vérifier si les participants présentant un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère qui étaient toujours actifs en thérapie à un an se distinguaient de ceux ayant abandonné celle-ci de manière précoce.

### *Genre et composition familiale*

Le sexe du participant, le statut conjugal, le fait d'avoir ou non des enfants, d'avoir ou non un casier judiciaire, de prendre ou non des médicaments psychotropes, d'avoir plus d'un diagnostic en santé mentale ainsi que le dernier niveau d'étude complété n'ont pas d'effets sur le statut de la thérapie après une année.

Ces résultats sont parfois contradictoires avec ceux rapportés dans le cadre d'études antérieures selon lesquelles l'abandon précoce de la thérapie est en lien avec le niveau d'éducation des participants, le sexe des participants, leur statut marital (Ogrodniczuk et al., 2008) et le nombre de diagnostics en santé mentale du patient (Webb & McMurran, 2009). Toutefois, la clientèle de notre étude est beaucoup plus spécifique que celle retrouvée dans les études nommées (clients majoritairement recrutés dans des services de première ligne). Également, dans le cadre de notre étude, la taille des cellules pour chaque niveau d'étude était par ailleurs relativement petite, ce qui complique l'interprétation que nous pouvons faire des résultats.

***Rôle de vie actif***

Une seule différence significative a été constatée entre les deux groupes. Les participants ayant abandonné prématurément la thérapie étaient moins engagés dans un emploi ou des études (rôle de vie actif) que ceux ayant persévéré dans leur suivi psychothérapeutique – un résultat dont la taille d'effet demeure faible. Tout en restant prudents quant à l'interprétation de ce résultat, différentes hypothèses pourraient être envisagées. Cette différence pourrait s'expliquer par l'effet cadrant (organisateur) qu'offre le fait d'être en emploi ou aux études, de même que l'isolement qui peut être moindre que pour les clients qui sont considérés comme étant inactifs. Les clients actifs pourraient avoir une meilleure structure de vie et ainsi avoir une routine prévisible rassurante, ce qui diminue les risques de désorganisation et d'abandon précoce de la thérapie (Paris, 2020). Également, les clients qui sont en emploi ou aux études pourraient bénéficier d'un

sentiment d'appartenance et de compétence (Gunderson & Links, 2014), et ainsi avoir une motivation supplémentaire intrinsèque à entreprendre la psychothérapie. D'ailleurs, le fait d'être en emploi ou aux études démontre certaines compétences qui sont nécessaires à l'adaptation dans ces milieux (Bateman & Fonagy, 2016), par exemple par la mise en pratique de la régulation émotionnelle, la manière d'aborder les relations interpersonnelles, la gestion du stress et la gestion de conflits qui peuvent être utiles pour surmonter les impasses en thérapie. Une dernière hypothèse pourrait être qu'avoir un rôle de vie actif peut faire en sorte que les symptômes du trouble de la personnalité narcissique soient davantage exposés, ce qui pourrait motiver les clients à entreprendre un travail thérapeutique pour amoindrir leurs impacts.

Pour ce qui est de l'association entre le fait d'être en emploi ou aux études et la poursuite de la thérapie, ce résultat concorde avec les études de Chiesa et ses collègues (2000), Karterud et ses collègues (2003) et Gamache et ses collègues (2018a) qui ont également montré que l'abandon précoce de la thérapie serait lié à un faible niveau d'occupation ou à une absence d'emploi. Particulièrement chez la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique de sévérité modérée à sévère, le sens des prérogatives (p. ex., le sentiment que la société leur doit quelque chose pour les torts subis par le passé) peut être élevé, ce qui pourrait contribuer à maintenir le rôle de vie passif. Également, cette clientèle présente certaines faiblesses quant à l'autodirection, soit la capacité à se fixer des buts et des objectifs réalistes et à se mettre en action pour les atteindre sur une base intrinsèque. Le client peut autant adopter une posture passive en

demeurant dans l'attente d'un emploi qu'il considère à la hauteur de sa valeur et de ses compétences, qu'être freiné dans son cheminement thérapeutique par un manque d'engagement et de persévérance (Clarkin et al., 2006). Lors des études, au sein d'un emploi ou dans la psychothérapie, il peut être confrontant pour une clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique de se retrouver au cœur de situations qui confrontent l'idéal grandiose à la réalité (Caligor et al., 2015; Ronningstam, 2016). Ces clients peuvent préférer abandonner le contexte qu'ils associent à leur malaise (emploi, études, psychothérapie) plutôt que de risquer de faire face à l'inconfort qui en découle.

Pour certains auteurs, le rôle de vie actif n'est pas seulement prédictif du succès de la thérapie, mais il fait aussi partie du traitement (Gunderson & Links, 2014) et il serait une condition essentielle à explorer et encourager l'atteinte en thérapie, du moins pour le trouble de la personnalité limite (Paris, 2014). À notre connaissance, aucune recherche n'a été faite en ce sens spécifiquement pour le trouble de la personnalité narcissique. Dans la présente étude, nous n'avions pas accès aux raisons qui ont fait en sorte que certains participants n'occupaient pas d'emploi ou de rôle de vie actif. Il n'est donc pas possible d'identifier le pourcentage de participants qui auraient été en mesure d'entreprendre une occupation (travail, études, implication bénévole), mais qui, pour des raisons d'ordre « intrapsychique », ne souhaitaient pas le faire. Dans l'étude de Gamache et ses collègues (2018a) menée auprès de patients présentant un trouble de la personnalité limite, les auteurs avaient identifié un groupe de participants dans lequel les traits narcissiques

comorbides étaient importants et leur taux d'occupation (rôle de vie actif) était particulièrement faible (moins de 20 %).

Les recherches sur l'apport d'un rôle actif sur la thérapie de clients présentant un trouble de la personnalité portent en majorité sur le trouble de la personnalité limite (Gunderson & Links, 2014; Yeomans et al., 2015). Dans une étude de McMain et ses collègues (2018), le statut d'emploi avant le traitement jouait un rôle majeur sur les bénéfices que retiraient ces clients (moins de comportements autodestructeurs tels que l'automutilation et les tentatives de suicide), allant jusqu'à souligner que le rôle de vie actif était l'un des prédicteurs les plus importants des bénéfices que la personne pouvait tirer de la thérapie. Il serait intéressant de vérifier si la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique bénéficie autant sur le plan thérapeutique d'adopter un rôle plus actif. Comme la clientèle présentant un trouble de la personnalité limite et celle présentant un trouble de la personnalité narcissique présentent certains enjeux similaires (instabilité émotionnelle, défis relationnels, faible tolérance à la confrontation), nous posons l'hypothèse que le rôle de vie actif pourrait leur être également bénéfique. Si nous avions accès à davantage de données spécifiquement sur la clientèle de notre essai, c'est-à-dire des clients présentant un trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère, des priorités de traitement pourraient être revues ou mises en place afin d'inclure la sphère occupationnelle au sein du programme de traitement, comme c'est le cas dans certains programmes de traitement du trouble de la personnalité limite (Gunderson & Links, 2014).

Il pourrait être pertinent d'inclure dans le plan de traitement des rencontres en orientation afin d'explorer des occupations qui pourront intéresser les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique, tout en maintenant un regard réaliste sur leurs aptitudes, leurs qualifications, mais aussi leurs aspirations. Les clients présentant un narcissisme grandiose pourraient souhaiter, par exemple, à être à la tête d'une entreprise rapidement. Avec leur image de soi souvent exagérée, leur sentiment de supériorité (Miller & Campbell, 2008), mais aussi parfois leur charisme, ils pourraient ne s'attendre à rien de moins qu'avoir un poste prestigieux (Grapsas et al., 2020; Spain, 2019), et ce, sans avoir à faire d'effort.

Lorsque les clients présentant un trouble de personnalité narcissique occupent un emploi, certaines recherches démontrent qu'ils sont plus enclins à obtenir différentes promotions en raison des stratégies utilisées pour monter les échelons, que ce soit de manière éthique ou non (Blair et al., 2017), mais aussi leurs capacités à convaincre les gestionnaires qu'ils ont la personnalité et les qualités requises pour siéger sur un poste prestigieux (Nevicka & Sedikides, 2020). Ces postes ne s'obtiennent toutefois pas sans défis. Les clients ayant de forts traits narcissiques sont autant à risque que ceux ayant des symptômes dépressifs de faire face à un épuisement professionnel (Schwarzkopf et al., 2016). Pourtant, en milieu de travail, les gestionnaires sont davantage informés et sensibilisés quant aux signes d'anxiété et de dépression que sur le narcissisme pathologique.

***Total à la GFPP et ses facteurs***

Lorsque les participants des deux groupes (clients ayant abandonné de manière précoce la thérapie et clients étant encore actifs au seuil d'une année) sont comparés sur des variables autres que sociodémographiques, soit les différentes variables endogènes utilisées pour la formation des clusters, il en ressort que les participants toujours actifs en thérapie ont un résultat à la Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP) significativement plus bas que ceux ayant abandonné la thérapie. Il faut rappeler qu'en fonction de l'échelle de mesure, plus un résultat est bas, meilleures seraient les chances de succès de la thérapie et de rétention en traitement. Ce résultat corrobore une certaine efficacité de la GFPP à déceler les clients qui sont plus à risque d'abandonner précocement la thérapie et rejoint l'étude de Gamache et ses collègues (2017) qui a eu pour sujet l'abandon chez les participants présentant un trouble de la personnalité limite.

Les clients qui abandonnent tôt la thérapie semblent avoir un portrait clinique global plus complexe et moins favorable au succès thérapeutique, tel que mesuré avant le début du traitement. Plus précisément, les participants toujours actifs en thérapie à un an obtiennent des résultats plus bas au premier facteur (Narcissisme) et au troisième facteur (Bénéfices secondaires). Ce faisant, ces participants présentent moins de caractéristiques liées à la facette antagoniste du narcissisme, ils pourraient donc présenter un peu plus de facilité à accepter les interventions (étant, p. ex., moins hostiles, envieux et arrogants) et à entreprendre le processus sur une base davantage intrinsèque.

Sur le plan clinique, il est essentiel d'identifier dès le début du traitement les clients qui retirent des bénéfices secondaires de la psychothérapie, afin de rapidement explorer et identifier des sources de motivation intrinsèques à poursuivre le processus thérapeutique. Tout en considérant l'intensité des symptômes du client, on peut graduellement encourager une plus grande ouverture à l'introspection en diminuant les sources de motivation extrinsèques et donc, favoriser un engagement plus authentique envers le traitement. Selon Behrendt (2012), la présence de bénéfices secondaires en lien avec les symptômes du trouble de la personnalité narcissique ou avec le traitement empêche la responsabilisation et la mise en action du client.

### *Absence de différences entre les groupes*

Quant aux autres facteurs composant la GFPP, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée. C'est également le cas pour l'âge, le nombre de classes de médicaments consommés, le total à la Grille de sévérité et de perturbation, le résultat à l'échelle EGF et au DIB, ainsi que le nombre de diagnostics de trouble de la personnalité des participants. L'absence de lien entre l'EGF, servant à établir le niveau de dysfonctionnement prétraitement, et l'abandon thérapeutique vient nuancer les résultats obtenus dans les études de Karterud et ses collègues (2003) et de Gamache et ses collègues (2018a). Pour le premier groupe d'auteurs, un lien existait entre l'abandon thérapeutique et le degré de dysfonctionnement des patients présentant un trouble de la personnalité. Pour le deuxième, un lien était également trouvé, mais dans une étude ayant pour participants des gens présentant un trouble de la personnalité limite.

Considérant que l'ensemble des participants des deux groupes présentent un trouble de narcissique de modéré à sévère, ce qui confère un caractère très spécifique à la population étudiée ici, il pouvait être attendu qu'ils aient des résultats relativement homogènes en lien avec leur niveau de fonctionnement prétraitement (EGF) et leurs résultats à l'entretien semi-structuré (DIB). Ces deux outils permettant entre autres d'établir le niveau de sévérité d'un trouble de la personnalité, il est donc vraisemblable que les participants se distinguent peu à cet égard et qu'il y ait peu de variabilité dans les données recueillies quant à ces variables.

**Analyses de clusters : formation des groupes**

Pour l'ensemble des participants de l'échantillon, cinq regroupements ont été dégagés sur la base des indices de qualité de regroupement et des graphiques. Une décision devait être prise entre la sélection d'une solution à quatre ou cinq groupes, ayant tous deux des indications de qualité similaire. L'avantage de la solution à cinq groupes était d'isoler un très petit groupe de participants qui avaient des caractéristiques cliniquement pertinentes pouvant nuire au bon fonctionnement du traitement.

***Pronostic en apparence favorable***

Un premier groupe formé de quinze participants, nommé « pronostic en apparence favorable », est composé de participants qui ne se démarquent pas de façon particulière de ceux des autres groupes concernant leur fonctionnement prétraitement et leur détresse globale. Ils présentent une motivation préservée à entreprendre la thérapie, et ils ne

présentent pas non plus beaucoup de comportements manipulateurs ou antisociaux, comme en témoigne le faible résultat à l'échelle Psychopathie de l'outil GFPP. Ces participants présentent un score moyen au facteur Narcissisme qui les démarque peu de la plupart des groupes. Finalement peu de symptômes typiques du Cluster A sont observés chez ce groupe, ce qui pourrait favoriser une meilleure alliance thérapeutique.

Malgré l'apparence de pronostic favorable chez ce groupe, il y a lieu de se questionner sur les raisons pour lesquelles il y a abandon précoce de la thérapie. En dépit du manque de données sur les raisons de l'abandon et la manière dont s'est terminée la thérapie, nous posons l'hypothèse que ce groupe pourrait bénéficier d'une durée moins longue de la thérapie pour observer certaines améliorations qui leur suffisent. Également, il demeure possible que certains facteurs d'abandon de la psychothérapie qui n'étaient pas mesurés par la GFPP aient été en cause : par exemple, une mésentente entre les objectifs du thérapeute et ceux du client, une faible alliance thérapeutique, une perception (juste ou erronée) de progrès rapides poussant le client à croire qu'il n'a plus besoin de l'aide thérapeutique, un évitement des émotions que fait vivre le travail en thérapie, des facteurs personnels (p. ex., horaires, transport, changement de rôle de vie). La compréhension de l'abandon précoce de la thérapie pourrait être bonifiée en ajoutant au protocole de recherche un contact avec le client et avec le thérapeute pour en vérifier les raisons; il demeure tout de même possible que les deux partenaires de la dyade ne soient pas pleinement conscients des raisons de l'abandon.

### *Antagoniste*

Le deuxième groupe qui a été retenu, formé de quatorze participants, est nommé « antagoniste ». De taille similaire au premier groupe, celui-ci présente un résultat de fonctionnement à l'EGF le situant à la limite entre une altération importante du fonctionnement et un fonctionnement de qualité modérée. Ces clients présentent un niveau modéré de détresse, et ils semblent aborder la psychothérapie avec une motivation mixte (intrinsèque et extrinsèque), considérant la présence d'un niveau moyen de bénéfices secondaires. Ce qui le distingue de certains autres groupes (1 et 3) est le niveau élevé de traits antagonistes habituellement liés au narcissisme. Ce groupe est donc composé de participants qui présentent une tendance à être hostiles, envieux, arrogants, et ils peuvent présenter de fortes défenses projectives, exploiter l'autre, et faire preuve d'une faible empathie. Pour ces raisons, ce groupe peut particulièrement poser des défis aux thérapeutes. En plus des caractéristiques mentionnées précédemment, ces participants présentent un niveau modéré de symptômes du Cluster A. Ils pourraient donc être parfois méfiants envers le processus de changement et le thérapeute, et leur capacité d'introspection limitée (comme le suggère, p. ex., la présence de défenses projectives associées à une externalisation du blâme) pourrait constituer un défi dans la thérapie.

### *Faible motivation*

Le troisième groupe formé de sept participants est nommé « faible motivation ». Les participants de ce groupe obtiennent un résultat se situant dans la moyenne (de l'ensemble des clients ayant abandonné la thérapie prématurément) pour leur niveau de

fonctionnement à l'EGF en début de traitement, mais ce fonctionnement demeure non optimal (modéré) en comparaison à celui de la population générale. Ce groupe est celui dont le résultat au facteur Narcissisme de la GFPP est le plus faible, suggérant que ces clients pourraient être davantage vulnérables que présenter des traits habituellement associés à la facette antagoniste du narcissisme. Ce sont aussi des participants qui présentent une motivation très faible à entreprendre le programme de thérapie, comme le suggère leur résultat à la GFPP. Ils perçoivent peu leur détresse – laquelle semble pourtant significative en fonction de leur score d'EGF – et ne sont pas nécessairement prêts à faire des sacrifices pour assurer le bon fonctionnement de la thérapie. D'ailleurs, leur niveau modéré de bénéfices secondaires peut nous amener à nous questionner sur leur réelle motivation à entreprendre la thérapie. Ces participants ont peu de caractéristiques du Cluster A, ils peuvent être de bons candidats pour s'ouvrir au thérapeute avec relativement peu de méfiance, s'ils arrivent toutefois à trouver la motivation pour s'impliquer dans le processus.

***Désorganisé***

Le quatrième groupe formé de peu de participants (cinq) est qualifié de « désorganisé ». Ce cluster présente un niveau de fonctionnement à l'EGF à la frontière entre la « déficience majeure dans plusieurs domaines du quotidien » et « l'altération importante du fonctionnement ». Ainsi, dans le cadre de la thérapie, ces clients sont très à risque de faire face à des obstacles qui pourraient venir entraver le bon déroulement des séances, autant dans un cadre individuel qu'un suivi de groupe. Ces participants présentent

d'ailleurs une motivation à la psychothérapie assez limitée, et lorsqu'elle y est, elle semble davantage dictée par des bénéfices secondaires. Ce groupe est celui dont le pronostic de traitement pourrait être le plus faible. Ces participants présentent un haut niveau d'hostilité, d'envie et de défenses projectives, tout en présentant également des traits similaires à ce qui est retrouvé dans la psychopathie (comportements antisociaux, sadisme, contre-transfert massif du thérapeute) et des traits élevés au Cluster A. Pour le total à la GFPP, ce cluster présente un résultat plus défavorable que pour les clusters 1 et 3. Compte tenu de ces résultats, il est possible de se questionner à savoir s'il est opportun de les inclure dans des programmes de psychothérapie. Par leur fonctionnement considérablement altéré, peut-être qu'une approche davantage de type soutient d'intensité variable (SIV) ou suivi intensif dans le milieu (SIM) par des intervenants sociaux pourrait répondre aux besoins les plus criants. Ces programmes sont généralement offerts par les Centres de santé et de services sociaux aux adultes présentant des troubles mentaux graves ou complexes, dont la condition peut être instable et fragile. Les équipes peuvent être composées d'intervenants diversifiés, tels que des médecins, psychiatres, travailleurs sociaux ou psychoéducateurs (Gouvernement du Québec, 2022).

Il aurait pu être judicieux, à la lumière des résultats de ce groupe, d'avoir accès à des informations sur le fonctionnement neuropsychologique des participants. Au-delà de l'état psychologique de ceux-ci, il est possible de se demander si ces clients présentaient des capacités attentionnelles et exécutives suffisantes pour maintenir un bon niveau de

fonctionnement dans la vie de tous les jours et s'engager dans un programme de traitement aussi soutenu. Ces données n'étaient toutefois pas disponibles au dossier des participants.

### *Psychopathique*

Le cinquième groupe formé de quatre participants est appelé « psychopathique ». Ce cluster présente le meilleur niveau de fonctionnement à l'EGF entre les cinq groupes, bien qu'il demeure dans un registre modéré. Présentant peu de bénéfices secondaires apparents à la psychothérapie, ce cluster se démarque toutefois des autres par son niveau très élevé de traits associés à la psychopathie. Ces participants peuvent ainsi être manipulateurs et manquer d'empathie, ce qui peut impacter négativement le pronostic de traitement. Ils ont également un résultat assez élevé aux facteurs Narcissisme et Cluster A, ce qui pourrait indiquer que ces participants présentent un sens grandiose d'eux-mêmes et qu'ils seraient méfiants à l'égard du processus de changement par la psychothérapie. Tout comme pour les patients du cluster « désorganisé », ils pourraient bénéficier de suivis autres que la psychothérapie : psychiatres, criminologues cliniciens, travailleurs sociaux en vue de travailler sur l'intégration sociale et professionnelle. Ce qui importe, c'est que le professionnel connaisse bien les enjeux liés aux traits psychopathiques et ait une certaine base en lien avec le domaine de la criminologie (Polaschek & Skeem, 2018). La psychothérapie pourrait être contre-indiquée en fonction du résultat au facteur Psychopathie de la GFPP (Gamache et al., 2017).

### Analyses de clusters : comparaison des groupes sur les variables endogènes et exogènes

De manière surprenante, l'ensemble des groupes avait un taux d'occupation chez leur membre similaire. Contrairement à ce qu'il ressort dans les études (Chiesa et al., 2000; Gamache et al., 2018b; Karterud et al., 2003), le fait d'occuper un emploi ou d'être aux études n'avait pas d'impact sur la formation des groupes. Les groupes pour lesquels le pronostic était plus limité ne comprenaient pas plus de participants inactifs.

En ce qui concerne les variables exogènes sur lesquelles les groupes ont été comparés, aucune différence n'a été observée quant au nombre de classes de médicaments consommés ou à la moyenne d'âge des individus. Ce faisant, l'âge et la consommation de médicaments ont peu d'impacts sur les différences retrouvées pour le niveau de fonctionnement et les différents facteurs pronostiques de traitement.

En regard des différents résultats obtenus, il est important de considérer certaines limites de cette étude. La prochaine section s'attardera à celles-ci.

## Limites et retombées

Malgré le caractère novateur de cette recherche, certaines limites sont à considérer dans le cadre de cette étude. D'abord, il n'y a pas encore de consensus dans la littérature sur les méthodes de traitement efficaces auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité narcissique. Plusieurs études ont été réalisées sur les thérapies pour le trouble de la personnalité limite (Arntz et al., 2023; Lindsay et al., 2024; Spong et al., 2021), ce

qui n'est toutefois pas le cas pour la population à l'étude ici. Cela incite à une certaine prudence pour l'étude de l'abandon du traitement, considérant que celui ayant été privilégié auprès de la population à l'étude n'a pas encore démontré son efficacité pour la clientèle présentant un trouble narcissique. En contrepartie, cette limite met également en lumière le côté novateur et ambitieux de cette recherche. Si l'absence de données empiriques conduit les chercheurs à renoncer à l'étude des traitements du trouble de la personnalité narcissique, cette réticence risque d'entretenir un cercle vicieux. En effet, le manque de données disponibles limite le développement de protocoles de recherche, décourage les initiatives empiriques et contribue, à terme, à la persistance des lacunes dans la littérature scientifique. Ainsi, l'absence de connaissances empiriques ne se résout pas d'elle-même, mais tend plutôt à se maintenir, voire à s'accentuer.

Ensuite, la majorité des participants ayant abandonné la thérapie à l'intérieur de la première année présentaient plus d'un diagnostic en santé mentale. Seulement dix-sept participants ne présentaient qu'un trouble de la personnalité narcissique, sans comorbidité avec un autre trouble de la personnalité. Ce faisant, il est difficile d'isoler très spécifiquement l'apport du diagnostic de trouble de la personnalité narcissique de celui de troubles comorbides dans la formation des différents clusters. Comme les deux groupes de participants (encore en thérapie ou ayant abandonné) présentent un nombre moyen similaire de diagnostics de trouble de la personnalité, on peut croire que cela a toutefois peu d'effet sur le statut de la thérapie.

Cette limite constitue en contrepartie une force de l'étude du fait de son caractère naturaliste. Bien que les manuels diagnostiques catégorisent les différents troubles, les clients qui consultent en psychologie peuvent avoir un portrait diagnostique plus complexe ou présenter plusieurs troubles en concomitance. Il ne faut pas non plus oublier que les clients de notre étude présentaient un trouble de la personnalité narcissique de modéré à sévère, donc plus de risques d'avoir à leur dossier des symptômes complexes.

Dans un troisième temps, les données proviennent de données d'archive, ce qui peut affaiblir la valeur méthodologique de l'étude. Lorsque la recherche se base sur un devis expérimental ou quasi expérimental, il est plus facile d'avoir un contrôle sur les variables. Les données d'archives datent de plusieurs années (entre septembre 2007 et décembre 2012), nous ne pouvons donc pas garantir que le portrait offert par celles-ci serait représentatif des clients fréquentant les programmes de psychothérapie au public en 2025. Finalement, nous n'avions pas accès à certaines informations qui auraient pu offrir un éclairage sur les raisons des abandons, la motivation réelle des clients face à leur thérapie (réel inconfort/motivation intrinsèque en comparaison à une motivation davantage extrinsèque), ou encore les objectifs de traitement établis entre le client et le thérapeute.

De plus, certaines limites doivent être relevées en lien avec l'évaluation et l'intervention. D'abord, les diagnostics psychologiques, incluant celui de trouble de la personnalité narcissique, ont été posés sans évaluation structurée ou semi-structurée. Toutefois, une certaine forme d'entente interjuge demeure présente, le diagnostic final

étant établi après une consultation relativement longue et un consensus entre une équipe de psychologues spécialisés dans le traitement des troubles de la personnalité. Cette procédure reflète une réalité du contexte de traitement dans le réseau public, où le temps consacré à l'évaluation et au traitement demeure bien souvent limité dans un contexte de ressources humaines limitées (disponibilité et nombre de thérapeutes) et de contraintes administratives. L'équilibre demeure donc difficile à trouver entre des conditions expérimentales idéales sur le plan du recrutement tout en ayant des résultats représentatifs de ce qui se passe en réalité sur le terrain (validité écologique).

Finalement, en lien avec les analyses, la qualité des clusters en utilisant la mesure par silhouette de la cohésion et de la séparation est caractérisée comme étant « correcte » (0,4), ce qui correspond au seuil minimal acceptable selon la théorie de Rousseeuw (1987). Enfin, l'échantillon de participants est relativement restreint pour mener ce type d'analyse, limitant ainsi la qualité des résultats et la généralisation de ceux-ci, tout en respectant le prérequis suggéré par différents auteurs selon lequel l'échantillon devrait être plus grand que $2^m$, où $m$ représenterait le nombre de variables endogènes (Formann, 1984). Dans le cas présent, un échantillon de plus de 32 participants était souhaité, ce qui a été atteint ($n = 45$).

En ce qui a trait aux forces et aux contributions, cette étude est novatrice quant à la spécificité de la clientèle étudiée. Plusieurs études ont été réalisées sur l'abandon de la thérapie de clients ayant un présentant de la personnalité limite, mais très peu se sont

intéressées aux clients présentant un trouble de la personnalité narcissique; encore moins à ceux qui nécessitent des soins aussi spécialisés. Les regroupements obtenus dans cette étude permettent de mieux cibler des caractéristiques qui pourraient, avant même le début du processus thérapeutique, guider le thérapeute sur l'implication possible de son client. Cela, tout en restant conscient également des biais cognitifs (p. ex., biais d'optimisme en lien avec le pronostic, surestimation ou sous-estimation du potentiel de changement) qui pourraient teinter les croyances de succès de la thérapie et ainsi influencer son attitude ou sa gestion du contre-transfert (Gabbard, 2009; Clarkin & Levy, 2006; Ronningstam, 2016).

Le maintien d'une vigilance à l'égard de ses propres biais cognitifs comme thérapeute est essentiel afin d'offrir une psychothérapie éthique, rigoureuse et adaptée. Les biais que nous entretenons, consciemment ou non, peuvent influencer nos évaluations cliniques, nos décisions thérapeutiques ainsi que la relation avec le client, peu importe son diagnostic et les soins que nous administrons (Walfish et al., 2012). À cet effet, des chercheurs ont effectué une étude portant sur les biais des thérapeutes qui peuvent influencer l'évaluation diagnostic d'un trouble mental (Kim & Ahn, 2002). Selon ces auteurs, les participants de l'étude posaient davantage de diagnostics aux clients fictifs qui présentaient des symptômes jugés comme centraux (plus typiques) d'un trouble, en comparaison à ceux qui présentaient davantage des symptômes périphériques (plus isolés, moins fréquents).

Cette vigilance est encore plus nécessaire lorsque le thérapeute doit traiter un client présentant un trouble de la personnalité narcissique de niveau modéré à sévère, la relation étant teintée d'une dynamique particulière et complexe qui peut engendrer un contre-transfert peu confortable (Gabbard, 2009; Ronningstam, 2011). Le thérapeute, en consultant le résultat d'outils de pronostic de traitement, pourrait adopter certaines attitudes ou certains biais favorables, ou défavorables. Par exemple, l'utilisation de l'outil pourrait le guider sur les chances de succès du client face à sa thérapie, l'amenant à adapter de manière plus réaliste les objectifs de celle-ci, à anticiper et à aborder certains défis qu'il aura identifiés. L'outil pourrait également permettre d'être plus à l'affut de facteurs qui pourraient interférer avec le travail thérapeutique (p. ex., motivation intrinsèque ou extrinsèque). Cependant, un pronostic de traitement soulevé par la grille pourrait influencer négativement le thérapeute, ayant dès le début certaines attentes négatives et moins d'optimisme face aux progrès possibles. Ces attitudes peuvent affecter l'investissement du thérapeute dans le processus (Lambert, 2010), ce qu'on souhaite éviter. La supervision pourrait permettre d'identifier et de cibler ces enjeux.

L'abandon précoce de la thérapie chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique demeure un défi clinique et théorique (Ronningstam, 2020) qui mérite une attention accrue, tant sur le plan individuel que sociétal. Ce trouble, caractérisé par une combinaison de grandiosité, de besoin d'admiration et de manque d'empathie, est souvent associé à une fragilité sous-jacente et à des mécanismes de défense rigides (APA, 2023; Levy et al., 2012). Ces caractéristiques rendent la relation thérapeutique

particulièrement complexe, exposant ces clients à un risque accru d'abandon prématuré (Ronningstam, 2020; Yeomans et al., 2024). Mieux comprendre les dynamiques qui mènent à l'abandon pourrait non seulement améliorer les interventions cliniques, mais également offrir des perspectives pour optimiser les ressources de santé mentale dans des contextes où elles sont limitées, comme au Québec.

En 2025, le Québec semble faire face à une pression grandissante sur son système de santé, notamment dans les programmes en santé mentale, exacerbée par une demande croissante de services et des ressources insuffisantes. Les abandons précoces, particulièrement parmi des clientèles présentant des troubles complexes comme le trouble de la personnalité narcissique, pourraient représenter une perte significative de ressources humaines et financières, si aucun changement n'a été observé chez le client. Ces interruptions thérapeutiques compromettent non seulement le bien-être des individus, mais elles alourdissent également la charge des professionnels. Cela met en lumière la nécessité de concevoir des approches adaptées à ces clientèles afin de maximiser leur adhésion au traitement.

En consultant la littérature, nous pouvons observer que le trouble de la personnalité narcissique soulève des enjeux fondamentaux sur la relation thérapeutique. La difficulté de ces clients à tolérer la vulnérabilité et la dépendance, conjuguée à leur tendance à percevoir le thérapeute comme une figure menaçante ou inadéquate, s'inscrit dans une dynamique de défiance qui alimente l'abandon. Ces comportements trouvent

généralement leurs racines dans une fragilité narcissique et dans des défenses élaborées dès l'enfance, ce qui pose un défi clinique particulier (Kernberg, 1967; Kohut, 1968; Schmidt, 2019). Explorer ces mécanismes peut non seulement enrichir la compréhension théorique de ce trouble, mais également contribuer à développer des interventions plus efficaces, permettant d'anticiper et de prévenir ces ruptures.

Enfin, les enjeux sociaux liés à l'abandon thérapeutique affectent des dimensions plus larges, telles que l'impact des symptômes du client sur ses proches et sur la société. Les personnes présentant des troubles de la personnalité non traités ou partiellement traités, surtout lorsque le trouble est de sévérité modérée à grave, peuvent être associées à des coûts indirects significatifs : p. ex., conflits interpersonnels, dysfonctionnement professionnel ou familial, et recours accru aux services d'urgence (Bender et al., 2001; Clarkin et al., 2007; Lenzenweger, 2008). Ainsi, approfondir la compréhension de ce phénomène pourrait contribuer à la réduction de ces coûts sociaux tout en améliorant la qualité de vie des clients et de leur entourage.

En somme, étudier les raisons et les dynamiques derrière l'abandon précoce chez cette clientèle représente une avenue cruciale pour renforcer à la fois l'efficacité des interventions thérapeutiques et la gestion des ressources de santé mentale. Cela permettrait de relever les défis uniques posés par ce trouble tout en répondant aux enjeux économiques et sociaux du Canada et d'autres pays.

# Conclusion

Cette étude visait à explorer ce qui caractérise les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique de sévérité modérée à sévère ayant abandonné leur thérapie au cours de la première année, en vue d'éclairer les pratiques cliniques et d'améliorer la mobilisation dans le processus thérapeutique. Bien que les abandons précoces en psychothérapie constituent un phénomène bien documenté dans d'autres populations cliniques, incluant celles qui présentent un trouble de la personnalité (Arntz et al., 2023; Iliakis et al., 2021), très peu d'études se sont concentrées sur la complexité et les spécificités du traitement du trouble de la personnalité narcissique. Cette recherche, en s'appuyant sur des données d'archives, a permis de combler en partie ce manque.

Pour répondre à notre question de recherche, trois grandes étapes ont été nécessaires. Premièrement, le sous-groupe de participants ayant abandonné leur thérapie avant le terme prévu a été comparé avec le sous-groupe de participants toujours actifs au terme de la première année. Les variables de comparaison utilisées étaient les suivantes : les informations sociodémographiques, la présence de plus (ou non) d'un diagnostic de trouble de la personnalité, le total à la GFPP et à ses cinq facteurs, le total à la Grille de sévérité et de perturbation, le score à l'EGF, et le score à l'outil DIB-R. Deuxièmement, des sous-groupes de participants qui avaient abandonné de manière précoce leur thérapie ont été formés à l'aide d'analyses de clusters. Les variables endogènes, soit les variables

utilisées dans la formation des groupes, étaient les cinq facteurs de la GFPP ainsi que le niveau de fonctionnement global (EGF) prétraitement.

Finalement, des analyses de comparaison ont été effectuées entre les groupes formés lors de la deuxième étape de cette recherche.

Les résultats montrent un taux d'abandon précoce élevé (56 %) parmi la population étudiée, en cohérence avec l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques propres au trouble de la personnalité narcissique, telles que la grandiosité défensive et le manque d'empathie, peuvent compliquer l'établissement d'une alliance thérapeutique durable. Une analyse comparative a révélé que les participants engagés dans un rôle de vie actif (emploi ou études) abandonnaient légèrement moins la thérapie, soulignant l'importance de réfléchir à la pertinence d'inclure des interventions occupationnelles dans les traitements auprès de cette clientèle. La population ciblée dans le cadre de cette étude étant très spécifique, il était attendu que les groupes « abandon précoce » et « poursuite de la thérapie » se distinguent peu quant à certaines variables, surtout pour les échelles composées d'items en lien avec l'intensité des symptômes et le dysfonctionnement prétraitement.

Les analyses de clusters ont permis d'identifier cinq profils distincts : « pronostic en apparence favorable », « antagoniste », « faible motivation », « désorganisé », et

« psychopathique ». Chaque groupe présente des caractéristiques uniques influençant le pronostic thérapeutique, la motivation et l'adhésion au traitement.

Sur le plan clinique, ces résultats appellent à réfléchir à une personnalisation accrue des interventions, tout en maximisant les ressources disponibles. Il convient de se questionner sur les buts poursuivis par certains centres de traitement : est-il mieux de prioriser l'accessibilité aux services pour le plus grand nombre de clients, ou plutôt adopter une approche davantage centrée sur une prise en charge approfondie de chaque client? L'identification dès le début du traitement des clients à risque d'abandon, notamment ceux motivés par des bénéfices secondaires ou présentant des traits de psychopathie, pourrait à la fois permettre d'adapter l'approche thérapeutique pour maximiser l'engagement, mais aussi de diriger des clients vers d'autres types de traitement. Par ailleurs, l'absence de différences significatives sur certaines variables, telles que l'âge ou le niveau de consommation médicamenteuse, suggère que d'autres facteurs, comme la qualité de la relation thérapeutique ou le style d'attachement, gagnent à être explorés dans des recherches futures.

Les limites méthodologiques de cette étude, notamment l'utilisation de données d'archives et la taille modeste de l'échantillon, restreignent la généralisation des conclusions. Cependant, ces résultats jettent les bases pour des recherches plus robustes intégrant d'autres types de devis et des évaluations structurées, afin de mieux comprendre

les mécanismes sous-jacents à l'abandon précoce chez les clients présentant un trouble de la personnalité narcissique.

En somme, cette étude met en lumière l'importance d'élaborer des modèles thérapeutiques adaptés aux spécificités du trouble de la personnalité narcissique, tenant compte des dynamiques individuelles et contextuelles qui influencent l'engagement et la persévérance. À l'heure où les systèmes de santé mentale font face à des pressions croissantes, optimiser les interventions pour cette clientèle représente non seulement un défi clinique, mais aussi une opportunité de réduire les coûts sociaux et de promouvoir le bien-être collectif. La poursuite de recherches dans cette voie permettrait d'affiner les stratégies d'intervention, renforçant ainsi l'efficacité des traitements pour les personnes souffrant de troubles de la personnalité complexes.

# Références

American Psychiatric Association. (APA, 1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd., rév.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., rév.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.

American Psychiatric Association. (APA, 2023). *DSM-5-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., rév.).

Annigeri, B., Raman, R., Manohar, S., & Sardesai, S. (2024). Covert, grandiose, and dysfunctional subtypes of narcissistic personality disorder. *Annals of Indian Psychiatry*, *8*(1), 71-73. https://doi.org/10.4103/aip.aip_97_22

Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., Verhoef, R. E. J., van Emmerik, A. A. P., Rameckers, S. A., Badenbach, T., & Grasman, R. P. P. P. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(3), 668-686. https://10.1017/S0033291722003634

Asp, M., Lindqvist, D., Fernström, J., Ambrus, L., Tuninger, E., Reis, M., & Westrin, A. (2020). Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care. *Plos One*, *15*(1), 1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227364

Bakkevig, J. F., & Karterud, S. (2010). Is the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, histrionic personality disorder category a valid construct? *Comprehensive Psychiatry*, *51*(5), 462-470. https://doi.org/10.1016/jcomppsych.2009.11.009

Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, *45*(2), 247-267. https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for personality disorders: A practical guide.* Oxford University Press, Inc.

Bateman, A., Fonagy, P., & Campbell, C. (2018). Mentalization-Based Treatment. Dans W. J. Livesley & R. Larstone (Éds), *Handbook of personality disorders theory, research, and treatment* (2e éd., pp. 541-554). The Guilford Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. International Universities Press.

Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personality and Mental Health*, *8*(2), 91-101. https://doi.org/10.1002/pmh.1252

Behrendt, R.-P. (2012). *The evolved structure of human social behavior and personality: Psychoanalytic insights*. Karnac Books.

Bender, D. S. (2012). Mirror, mirror on the wall: Reflecting on narcissism. *Journal of Clinical Psychology*: *In Session*, *68*(8), 877-885. https://doi.org/10.1002/jclp.21892

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *158*(2), 295-302. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295

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

Bjorklund, P. (2009). No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(1), 3-23. https://doi.org/10.1080/01612840500312753

Blair, C. A., Helland, K., & Walton, B. (2017). Leaders behaving badly: The relationship between narcissism and unethical leadership (2017). *Leadership & Organization Development Journal*, *38*(2), 333-346. https://doi.org/10.1108/LODJ-09-2015-0209

Bricaud, M., Calvet, B., Viéban, F., Prado-Jean, A., & Clément, J.-P. (2012). Étude PerCaDim : relations entre approches dimensionnelles et catégorielles de la personnalité. *L'Encéphale*, *38*(4), 288-295. https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.08.001

Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheorical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *36*(2), 105-113. https://doi.org/10.1037/h0087773

Brown, R., & Thorsteinsson, E. (2020). Comorbidity: What is it and why is it important? Dans R. Brown & E. Thorsteinsson (Éds), *Comorbidity: Symptoms, conditions, behavior and treatments* (pp. 1-22). Palgrave Macmillan/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32545-9_1

Busmann, S., Vaganian, L., Gerlach, A. L., Kusch, M., Labouvie, H., & Cwik, J. C. (2023). Screening and assessment for cancer patients' psychosocial support needs: Development and validation of the psychosocial risk questionnaire. *European Journal of Oncology Nursing*, *63*(1), 102240. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102240

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, *28*(4), 638-656. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006

Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 415-422. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723

Caligor, E., & Stern, B. L. (2020). Diagnosis, classification, and assessment of narcissistic personality disorder within the framework of object relations and theory. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 104-121. https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.104

Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean (2007). *Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement pour les troubles de la personnalité*. Manuscrit inédit, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Canada.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). (n.d). *Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean*. https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/ressource/?nofiche=44653

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Ile-de-Montréal. (n.d.). *Troubles relationnels et de la personnalité*. https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/cliniques-specialisees-par-installation/institut-universitaire-en-sante-mentale/troubles-relationnels-et-de-la-personnalite

Cherrier, J-F. (2013). Réflexions sur le traitement basé sur la mentalisation ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique. *Santé mentale au Québec*, *38*(1), 243-258. https://doi.org/10.7202/101919ar

Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *177*(1), 107-111. https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.107

Clarkin, J. F. (2008). Clinical approaches to axis II comorbidity: Commentary. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(2), 222-230. https://doi.org/10.1002/jclp.20454

Clarkin, J. F., Cain, N., Lenzenweger, M. F., & Levy, K. N. (2018). Transference-Focused Psychotherapy. Dans W. J. Livesley & R. Larstone (Éds), *Handbook of personality disorders theory, research, and treatment* (2e éd., pp. 571-585). The Guilford Press.

Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.

Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 474-499. https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorders: Focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 405-410. https://doi.org/10.1002/jclp.20238

Cohen, C. T., & Hulsey, T. L. (2022). Object relations-focused psychoanalytic psychotherapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *Clinical Case Studies*, *21*(5), 474-491. https://doi.org/10.1177/15346501221098071

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, *171*(1), 102-108. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224

Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4e éd.). Masson.

Cottraux, J., & Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité* (2e éd.). Masson.

Crisp, H., & Gabbard, G. O. (2020). Principles of psychodynamic treatment for patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 143-158. https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.143

David, D. O., & Freeman, A. (2015). Overview of cognitive-behavioral therapy of personality disorders. Dans T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Éds), *Cognitive therapy of personality disorders* (3e éd., pp. 3-18). The Guilford Press.

Diamond, D., & Hersh, R. G. (2020). Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality disorder: An object relations approach. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 159-176. https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.159

Diamond, D., Yeomans, F. E., & Levy, K. (2011). Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality. Dans W. K. Campbell & J. D. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 423-433). John Wiley & Sons, Inc.

Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2022). *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy.* The Guilford Press.

Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., & Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, *33*(6), 527-551. https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815087

Diamond, G., & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 481-488. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.481

Dimsdale, J. E., Jeste, D. V., & Patterson, T. L. (2010). Beyond the global assessment of functioning: Learning from Virginia Apgar. *Psychosomatics*, *51*(6), 515-519. https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.6.515

Douk, K., Belabess, I., & Hanine, I. (2023). Comorbidity borderline-narcissistic personality disorder. *European Psychiatry*, *66*(1). https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.790

Dworkin, R. J., Friedman, L. C., Telschow, R. L., Grant, K. D., Moffic, H. S., & Sloan, V. J. (1990). The longitudinal use of the global assessment scale in multiple-rater situations. *Community Mental Health Journal*, *26*(4), 335-344. https://doi.org/10.1007/BF00752724.

Ellis, A. E. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Carol Publishing Group.

Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis*. John Wiley & Sons, Ltd.

Fernandez-Alvarez, H., Clarkin, J. F., Salgueiro, M. D. C., & Critchfield, K. L. (2006). Participant factors in treating personality disorders. Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Éds), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 203-218). Oxford University Press.

Fitzgerald, K. L., & Demakis, G. J. (2007). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Disease-a-Month*, *53*(3), 177-183. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2007.04.010

Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, *12*(2), 91-115.

Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-34). Routledge/Taylor & Francis Group.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, Mentalization-Based Approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1355-1381. https://doi.org/10.1017/s0954579409990198

Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*(1), 87-114. https://doi.org/10.1080/10481889809539235

Formann, A. K. (1984). *Die latent-class-analyse: einführung in die theorie und anwendung* [Analyse de classe latente : introduction à la théorie et l'application]. Weinhem.

Foster, J. D., Campbell, W. K., & Twenge, J. M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, *37*(6), 469-486. https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00026-6

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (trad. J. Laplanche). Presses universitaires de France.

Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzißmus [Pour introduire le narcissisme]. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, *6*, 1-24. https://archive.org/details/Freud_1924_Narzissmus_k

Freud, S. (1931). Libidinal types. Dans J. Strachey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 217-220). Hogarth Press.

Fromm, E. (1964). *The heart of man: Its genius for Good and Evil.* Harper & Row Publishers.

Gabbard, G. O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, *39*(3), 129-136. https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-03

Gabbard, G. O., & Crisp, H. (2018). *Narcissism and its discontents: Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients*. American Psychiatric Publishing Inc.

Gamache, D., Côté, A., Savard, C., Lemelin, S., & Villeneuve, É. (2016, avril). *Qualités psychométriques de la Grille de sévérité et de perturbation du fonctionnement pour les troubles de la personnalité*. Communication par affiche présentée dans le cadre du 38e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec.

Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., Côté, A., & Villeneuve, E. (2018a). Premature psychotherapy termination in an outpatient treatment program for personality disorders: A survival analysis. *Comprehensive Psychology*, *80*(1), 14-23. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.08.001

Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., Côté, A., & Villeneuve, E. (2018b). Premature termination of psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A cluster-analytic study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(4), 231-238. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000764

Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., & Villeneuve, E. (2017). Development and validation of the treatment attrition-retention scale for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *31*(6), 1-21. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_279

Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *42*(2), 173-181.

Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, *149*(9), 1148-1156. https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148

Gorunescu, F. (2011). *Data mining: Concepts, models and techniques*. Springer Verlag.

Gouvernement du Québec (2022). *Programmes de suivi pour les personnes présentant un trouble mental*. https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental

Grapsas, S., Brummelman, E., Back, M. D., & Denissen, J. J. A. (2020). The "Why" and "How" of narcissism: A process model of narcissistic status pursuit. *Perspective on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *15*(1), 150-172. https://doi.org/10.1177/1745691619873350

Gspandl, S., Peirson, R. P., Nahhas, R. W., Goodman Skale, T., & Lehrer, D. S. (2018). Comparing Global Assessment of Functioning (EGF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *259*(1), 251-253. https://doi.org/10.1016/jpsychres.2017.10.033

Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Association Publishing.

Han, J., Kamber, M., & Pei J. (2012). *Data mining: Concepts and techniques*. Elsevier.

Harding, C. (2022). For my own good. All causes shall give way (Macbeth): Superego workings in narcissistic states of mind and character. *British Journal of Psychotherapy*, *38*(1), 79-97. https://doi.org/10.1111/bjp.12701

Hastie, T., Tibshirani, R., & Friedman, J. (2009). *The elements of statistical learning: Data mining, inference, and prediction*. Springer.

Hatchett, G. T., Han, K., & Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, *9*(2), 156-163. https://doi.org/10.1177/10791102009002006

Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. Horton.

Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. W. Norton & Company.

Horner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropouts in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology*, *13*(2), 205-223. https://doi.org/10.1037/h0079648

Horwitz, A. V. (2023). *Personality disorders: A short story of narcissistic, borderline, antisocial, and other types*. John Hopkins University Press.

Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatric Services*, *61*(6), 612-616. https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.612

Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B. L., De Panfilis, C., & Clarkin, J. F. (2018). Clinician-guided assessment of personality using the structural interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of Personality Assessment*, *100*(1), 30-42. https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1298115

Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kan, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders*, *12*(3), 193-206. https://doi.org/10.1037/per0000453

Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois*. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2463222

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. https://inspq.qc.ca/publications/1996

Jacoby, M. (2016). *Individuation and narcissism: The psychology of self in Jung and Kohut.* Routledge Mental Health Classic Editions.

Jain, A. K. (2010). Data clustering: 50 years beyond K-means. *Pattern Recognition Letters*, *31*(1), 651-666. https://doi.org/10.1016/j.patrec.2009.09.011

Karterud, S., Øien, M., & Pedersen, G. (2011). Validity aspects of the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, narcissistic personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(5), 517-526. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.11.001

Karterud, S., Pederson, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, O., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvag, H., Tørum, E., & Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 243-262. https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.243.22151

Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (2009). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. John Wiley & Sons.

Kaufmann, J. K., & Kaufmann, P. (2023). Big moves toward integration: Sheldon Bach's framework for the treatment of narcissistic disorders. *Psychoanalytic Psychology*, *40*(1), 20-24. https://doi.org/10.1037/pap0000440

Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2014). Pathological narcissism: Diagnosis, treatment, and research. *American Journal of Psychotherapy*, *68*(2), 143-158. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.143

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15*(3), 641-685. https://doi.org/10.1177/000306516701500309

Kernberg, O. F. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*(1), 51-85. https://doi.org/10.1177/000306517001800103

Kernberg, O. F. (1976). *Technical considerations in the treatment of borderline personality organization*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *24*(4), 795-829. https://doi.org/10.1177/000306517602400403

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

Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and its perversions*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and Psychotherapy. Dans J. J. Magnivita (Éd.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (pp. 92-119). John Wiley & Sons Inc.

Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *55*(2), 503-539. https://doi.org/10.177/000306510705500020701

Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*, *95*(5), 865-888. https://doi.org/10.1111/1745-8315.12204

Kernberg, O. F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, *30*(2), 145-156. https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). The Guilford Press.

Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, *89*(3), 601-620. https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x

Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(10), 1499-1506. https://doi.org/10.1016/j.psychires.2013.06.012

Kim, N. S., & Ahn, W.-k. (2002). Clinical psychologists' theory-based representation of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, *131*(4), 451-476. https://doi.org/10.1037/0096-3445.131.4.451

Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., Arnow, B., Blalock, J. A., Manber, R., Markowitz, J. C., Riso, L. P., Rothbaum, B., McCullough, J. P., Thase, M. E., Borian, F. E., Miller, I. W., & Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 997-1006. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.997

Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *Psychoanalytic Study of the Child*, *23*(1), 86-113. https://doi.org/10.1080/00797308.1968.11822951

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, *23*(6), 841-853. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00071-9

Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/12141-000

Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(3), 395-403. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.003

Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2012). A historical review of narcissism and narcissistic personality. Dans W. K. Campbell & J. D. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 3-10). John Wiley & Sons, Inc.

Lindsay, J. A. B., McGowan, N. M., Henning, T., Harriss, E., & Saunders, K. E. A. (2024). Digital interventions for symptoms of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *26*, 1-20. https://doi.org/10.2196/54941

Linehan, M. N. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). The therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *15*(1), 45-53. https://doi.org/10.1080/10503300512331327047

Livesley, W. J., & Larstone, R. (2018). Empirically based treatments. Dans W. J. Livesley & R. Larstone (Éds), *The handbook of personality disorders theory, research, and treatment* (pp. 481-487). The Guilford Press.

Löffler-Statska, H., Rössler-Schülein, H., & Skale, E. (2008). Prädiktoren des Therapieabbruchs in psychoanalytischen Behandlungen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen [Facteurs prédictifs d'abandon thérapeutique dans les traitements psychanalytiques de patients atteints de troubles de la personnalité]. *Zeitschrift für Psychomatische Medizin und Psychotherapie*, *54*(1), 63-76. https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.1.63

Løvdahl, H., & Friis, S. (1996). Routine evaluation of mental health: Reliable information or worthless "guesstiates"? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *93*(2), 125-128. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09813.x

Lyons, M. (2019). *The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism, and psychopathy in everyday life*. Elsevier Inc.

McGill University Health Centre. (n.d.). *Programme des troubles de la personnalité* [Brochure].

McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., Guimond, T., Streiner, D. L., Dixon-Gordon, K. L., Isaranuwatchai, W., & Hoch, J. S. (2018). The effectiveness of 6 versus 12 – months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: The feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1802-z

McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and intervention. *Clinical Psychology Review*, *30*(3), 277-287. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002

Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social-personnality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, *76*(3), 449-476. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00492.x

Miller, J. D. (2022). Narcissism and the DSM-5 alternative model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 13*(4), 407-411. https://doi.org/10.1037/per0000534

Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2010). Narcissistic personality disorder: Relation with distress and functional impairment. *Compréhensive Psychiatry*, *51*(4), 440-446. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2009.09.003

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – Tout le Québec*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consultation-d-un-specialiste-en-sante-mentale/

Miric, D. (2012). *Évolution & troubles de personnalité*. Mardaga.

Monrad Aas, I. H. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, *9,* 20. https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20

Monrad Aas, I. H. (2011). Guidelines for rating global assessment of functioning (EGF). *Annals of General Psychiatry*, *10*, 2. https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-2

Muir, O., Weinfeld, J. N., Ruiz, D., Ostrovsky, D., Fiolhais, M., & MacMillan, C. (2021). Mental health clinicians' attitudes toward narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *12*(5), 389-399. https://doi.org/10.1037/per0000510

Näcke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität [Commentaires critiques sur le chapitre sur la sexualité normale et pathologique]. *Archiv f. Psychiatrie*, *32*, 356-386. https://doi.org/10.1007/BF02036207

Nevicka, B., & Sedikides, C. (2020). Why narcissists rise through the ranks. *Academy of Management Proceedings*, *89*(1), 847-862. https://doi.org/10.1111/jopy.12619

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Lynd, L. D., Piper, W. E., Steinberg, P. I., & Richardson, K. (2008). Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*(6), 365-371. https://doi.org/10.1159/000151390

Ogrodniczuk, J. S., Lynd, L. D., Joyce, A. S., Grubisic, M., Piper, W. E, & Steinberg, P. I. (2011). Predicting response to day treatment for personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(2), 110-117. https://doi.org/10.1177/070674371105600206

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Steinberg, P. I., & Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(9), 837-842. https://doi.org/10.1016/ j.jpsychires.2008.12.005

Paris, J. (2014). Response to commentaries: Modernity and narcissistic personality disorder. *Personality Disorders*, *5*(2), Article 234. https://doi.org/10.1037/per000 0010

Paris, J. (2020). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice* (3e éd.). The Guilford Press

Pedersen, G., & Karterud, S. (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (EGF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(3), 292-298. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.04.007

Polaschek, D. L. L., & Skeem, J. L. (2018). Treatment of adults and juveniles with psychopathy. Dans C. J. Patrick (Éd.), *Handbook of psychopathy* (pp. 710-731). The Guilford Press.

Pomerleau, G. (2001). *Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*. Gaétan Morin.

Pulay, A. J., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2011). Sociodemographic correlates of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). Dans W. K. Campbell & J. D. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 170-172). John Wiley & Sons, Inc

Rank, O. (1911). Ein Beitrag zum Narzißmus [Une contribution au narcissisme]. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, *2*(1), 401-426.

Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N., & Daray, F. M. (2015). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, *86*(1), 49-60. https://doi.org/10.1007/s11126-014-9317-3

Reich, J. H. (2003). The effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, *9*(6), 417-423. https://doi.org/10.1097/00131746-200311000-00007

Reich, W. (1933). *Character analysis*. Farrar, Straus & Giroux.

Reich, W. (1945). *Character analysis* (éd. rév.). Farrar, Straus & Giroux.

Reich, W. (1949). *Character analysis* (3e éd.). Farrar, Straus & Giroux.

Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Narcissism in the DSM. Dans W. K. Campbell & J. D. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 14-21). John Wiley & Sons, Inc.

Robins, C. J., Zerubavel, N., Ivanoff, A. M., & Linehan, M. M. (2018). Dialectical Behavior Therapy. Dans W. J. Livesley & R. Larstone (Éds), *Handbook of personality disorders theory, research, and treatment* (2e éd., pp. 527-540). The Guilford Press.

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, *17*(2), 89-99. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000396060.67150.40

Ronningstam, E. (2012). Alliance building and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *68*(8), 943-953. https://doi.org/10.1002/jclp.21898

Ronningstam, E. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder: A link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *15*(2), 191-201. https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/eronningstam

Ronningstam, E. (2014). Beyond the diagnostic traits: A collaborative exploratory diagnostic process for dimensions and underpinnings of narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*(4), 434-438. https://doi.org/10.1037/per0000034

Ronningstam, E. (2016). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Recent research and clinical implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *3*(1), 34-42. https://doi.org/10.1007/s40473-016-0060-y

Ronningstam, E. (2020). Introduction to the special issue on narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 1-5. https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.1

Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2023). Narcissistic personality disorder: Patterns, process, and indicators of change in long-term psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, *37*(3), 337-357. https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.3.337

Rousseeuw, P. J. (1987). Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*, *20*(1), 53-65. https://doi.org/10.1016/0377-0427(87)90125-7

Roussillon, R. (2010). The deconstruction of primary narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, *91*(4), 821-837. https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00229.x

Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., Lieb, K., & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(4), 497-503. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.006

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Substance use disorders and borderline personality: Common bedfellows. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *8*(9), 10-13.

Sarstedt, M., & Mooi, E. (2019). *A concise guide to market research*: *The process, data, and methods using IBM SPSS statistics.* Springer.

Schmidt, A. (2019). Comparison of Kernberg's and Kohut's theory of narcissistic personality disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *30*(2), 1-5. https://doi.org/10.5080/u23484

Schwarzkopf, K., Straus, D., Porschke, H., Znoj, H., Conrad, N., Schmidt-Trucksäss, A., & Känel, R. (2016). Empirical evidence for a relationship between narcissistic personality traits and job burnout. *Burnout Research*, *3*(2), 25-33. https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.12.001

Silverman, M. H., & Krueger, R. F. (2018). Taking stock of relationships among personality disorders and other forms of psychopathology. Dans W. J. Livesley & R. Larstone (Éds), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 155-168). The Guilford Press.

Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 317-344. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul. R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part I: Description and rationale. *Personality Disorders*: *Theory, Research, and Treatment*, *2*(1), 23-40. https://doi.org/10.1037/a0021891

Smith, T. E., Koeningsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Selzer, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *4*(3), 205-213.

Smith, C. S., & Hung, L. C. (2021). *Malignant narcissism: Recognizing a dangerous disorder*. Praeger.

Smith-Hansen, L., Constantino, M. J., Piselli, A., & Remen, A. L. (2011). Preliminary results of a video-assisted psychotherapist workshop in alliance strategies. *Psychotherapy*, *48*(2), 148-162. https://doi.org/10.1037/a0022184

Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J., Tejedor, R., Alvarez, E., & Pérez, V. (2008). Stages of change in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*(4), 417-426. https://doi.org/10.1348/014466508X314882

Spain, S. M. (2019). *Leadership, work, and the dark side of personality*. Academic Press.

Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2e éd.). Brunner-Routledge.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(1), 104-115. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.104

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J., & Endicott, J. (1996). Global Assessment of Functioning (EGF) scale. Dans L. I. Sederer & B. Dickey (Éds), *Outcomes assessment in clinical practice* (pp. 76-78). Walter and Williams.

Spong, A. J., Clare, I. C. H., Galante, J., Crawford, M.J., & Jones, P. B. (2021). Brief psychological interventions for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *83*, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101937

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(7), 1033-1045. https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0701

Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(4), 368-381. https://doi.org/10.1002/jclp.20553

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 547-559. https://doi.org/10.1037/a0028226

Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L., & Lingiardi, V. (2015). Clinician emotional response toward narcissistic patients: A preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *18*(1), 1-9. https://doi.org/10.7411/RP.2014.023

Tanzilli, A., Muzi, L., Ronningstam, E., & Lingiardi, V. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, *54*(2), 184-194. https://doi.org/10.1037/pst0000111

Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., Bågedahl-Strindlund, M., & Barber, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, *13*(4), 493-509. https://doi.org/10.1093/ptr/kpg039

Wälder, R. (1925). The psychoses: Their mechanisms and accessibility to influence. *International Journal of Psychoanalysis*, *6*(1), 259-281.

Wälder, R. (1930). The formation of the ego in everyday life and in neurosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, *11*, 178-193.

Wälder, R. (1936). The principle of multiple function: Observations on over-determination. *Psychoanalytic Quarterly*, *5*, 45-62.

Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*(2), 639-644. https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644

Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, *58*(301), 236-244. https://doi.org/10.2307/2282967

Webb, D., & McMurran, M. (2009). A comparison of woman who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *3*(2), 142-149. https://doi.org/10.1002/pmh.69

Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatment of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *34*(1), 122-142. https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.122

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, *62*(2), 71-83. https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.71

Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(3), 294-302. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750

Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. International Universities Press.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *216*(2), 69-78. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166

Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry Advances*, *24*(5), 305-315. https://doi.org/10.1192/bja.2018.20

Yeomans, F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Yeomans, F., Diamond, D., & Diguer, L. (2024). Le trouble de la personnalité narcissique : une perspective basée sur la théorie des relations d'objet. *L'Information psychiatrique*, *100*(2), 91-98. https://doi.org/10.1684/ipe.2024.2682

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, *3*(1), 10-18. https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10

Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Wolfgang, L. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 312-321. https://doi.org/10.1002/cpp.2022