

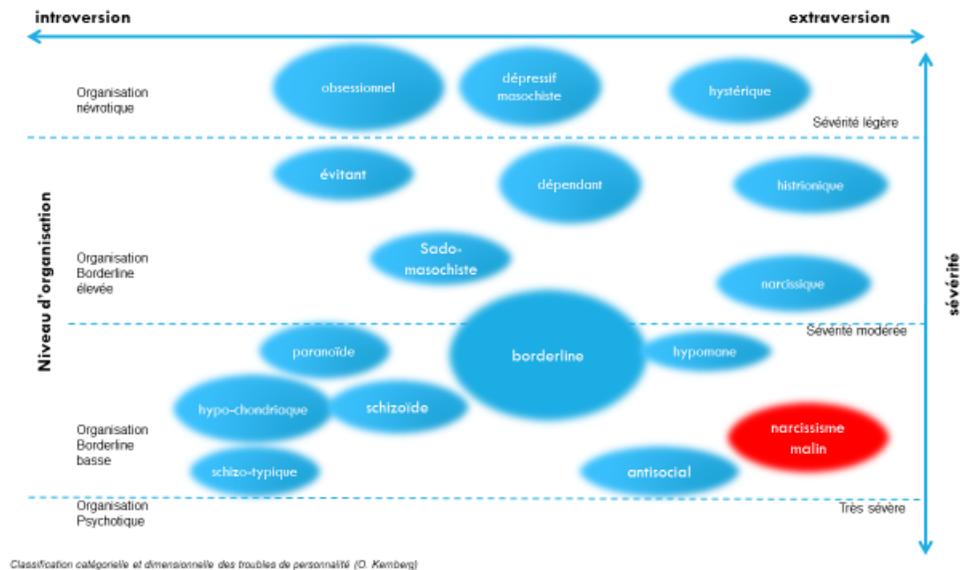
**TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE ET MENTALISATION:
ÉTUDE EXPLORATOIRE**

Pr Nader Perroud

LE NARCISSISME

Capacité d'un individu de maintenir une image relativement positive de soi par divers mécanismes dont le besoin de validation et d'affirmation de soi dans l'environnement social.

Peut avoir une expression normale et pathologique



ÉPIDÉMIOLOGIE

0%-6.2% prévalence sur la vie (population générale)

1% to 17% prévalence sur la vie (Clinique)
(Homme: 7.7%; femmes: 4.8%).

Facteurs de risque: homme, jeune âge, célibataire, maltraitance dans l'enfance, indulgence et une permissivité parentale extrême: les parents croient que leur enfant est special plus doué que les autres enfants (TPN grandiose) ou tendance au contrôle et à être froid en tant que parent (TPN vulnérable)

>50% des TPN ont un autre TP (39%-46% de TBP); 13% des TPB ont un TPN

Troubles de l'humeur: 29%-50%

Taux de Drop-out de psychothérapies: 64%

"...about 50% of patients who enter the personality disorders unit of our hospital with the diagnosis of bipolar disorder or major depression turn out to present neither, but rather a severe personality disorder organized at the borderline level (Kernberg, 1975, 1984), particularly borderline personality disorder (BPD), severe narcissistic personality disorder..."

Kernberg and Yeomans 2013

LES SYMPTÔMES

TABLE 1. DSM-5 Criteria for Narcissistic Personality Disorder^a

A pervasive pattern of grandiosity (in fantasy or behavior), need for admiration, and lack of empathy, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

1. Has a grandiose sense of self-importance (e.g., exaggerates achievements and talents, expects to be recognized as superior without commensurate achievements).
2. Is preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty, or ideal love.
3. Believes that he or she is "special" and unique and can only be understood by or should associate with, other special or high-status people (or institutions).
4. Requires excessive admiration.
5. Has a sense of entitlement (i.e., unreasonable expectation of especially favorable treatment or automatic compliance with his or her expectations).
6. Is interpersonally exploitative (i.e., takes advantage of others to achieve his or her own ends).
7. Lacks empathy: is unwilling to recognize or identify with the feelings and needs of others.
8. Is often envious of others or believes that others are envious of him or her.
9. Shows arrogant, haughty behaviors and attitudes.

^a Reprinted from American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

TABLE 2. Proposed Criteria for Narcissistic Personality Disorder in the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders^a

- A. Moderate or greater impairment in personality functioning, manifested by characteristic difficulties in two or more of the following four areas:
1. **Identity:** Excessive reference to others for self-definition and self-esteem regulation; exaggerated self-appraisal inflated or deflated, or vacillating between extremes; emotional regulation mirrors fluctuations in self-esteem.
 2. **Self-direction:** Goal setting based on gaining approval from others; personal standards unreasonably high in order to see oneself as exceptional, or too low based on a sense of entitlement; often unaware of own motivations.
 3. **Empathy:** Impaired ability to recognize or identify with the feelings and needs of others; excessively attuned to reactions of others, but only if perceived as relevant to self; over- or underestimate of own effect on others.
 4. **Intimacy:** Relationships largely superficial and exist to serve self-esteem regulation; mutuality constrained by little genuine interest in others' experiences and predominance of a need for personal gain.
- B. Both of the following pathological personality traits:
1. **Grandiosity (an aspect of Antagonism):** Feelings of entitlement, either overt or covert; self-centeredness; firmly holding to the belief that one is better than others; condescension toward others.
 2. **Attention seeking (an aspect of Antagonism):** Excessive attempts to attract and be the focus of the attention of others; admiration seeking.

^a Reprinted from American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, Va., American Psychiatric Association, 2013, pp. 767–768. Copyright 2013, American Psychiatric Association. Used with permission.

LES SYMPTÔMES

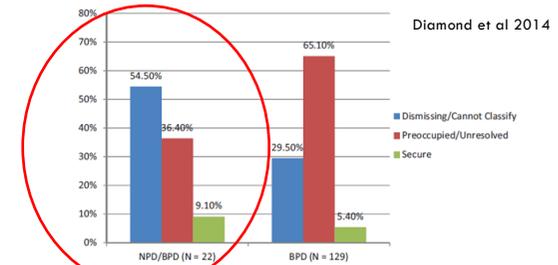
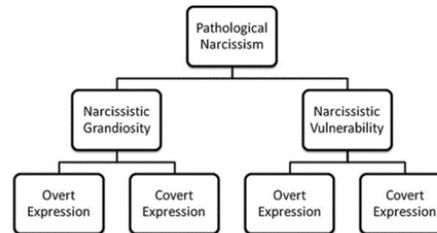


Figure 1. Number and percentage of patients with NPD/BPD and BPD, respectively, classified in the Dismissing/Cannot Classify and Unresolved/Preoccupied Attachment groups.

- Besoin d'admiration par les autres, manque d'empathie
- Impulsivité, relations interpersonnelles chaotiques (isolé), comportements para-suicidaires
- Ne supportent pas les relations de dépendances (très différents des BPD), manque d'investissement dans les relations avec les autres significatifs à moins de les exploiter ou de les parasiter

Fluctuations rapides entre des sentiments profonds d'infériorités ou d'échecs et un sens de supériorité de grandiosité (Identité non-intégrée, fragmentée)

Type Vulnérable:

Sentiment chronique de rejet (sentiments cachés de grandiosité), dérégulation des émotions
 Style d'attachement anxieux/préoccupé
 Plus fréquent dans les populations TPB
 Détresse, faible estime de soi,
 Émotions débordantes et qui font qu'ils ont de la peine à être empathique
 Risque suicidaire élevé
 hypersensibilité interpersonnelle,
 retrait social



Type Grandiose:

Arrogant, centré sur soi, veut dominer
 Pas de détresse interpersonnelle ressentie
 Haute estime de soi, exploite les autres, les manipule et peut y prendre du plaisir (même à mentir s'il le faut)
 Style d'attachement sécure ou évitant
 Les plus difficiles à traiter: pas forcément de besoin de changer

LES DONNÉES DE LE RECHERCHE

Faibles capacités d'empathie émotionnelle mais pas cognitive (donc relativement bonne théorie de l'esprit); ont la capacité cognitive d'utiliser l'empathie pour obtenir ce qu'ils souhaitent

Tendance à surestimer leur capacités en empathie émotionnelle: sont capables de processor l'information émotionnelle mais n'arrivent pas à s'engager dans une compréhension empathique de celle-ci (n'arrivent pas à ressentir concrètement l'émotion de soi ou d'autrui par crainte de paraître vulnérable)

Difficultés à lire les émotions et à les identifier

Faibles capacité de mentalisation (RF bas en comparaison de sujets contrôles)

«Marc peut comprendre que Paul est en colère, mais alors qu'une autre personne serait capable d'expliquer ce qu'est cette émotion pour Paul, ce qui l'a fâché ou mis en colère (prendre ainsi une position décentrée ou allocentrique), Marc ne verra la colère de Paul que de son point de vue (perspective egocentrique) et donc conclure tout simplement que Paul est fâché contre lui.»

EN CLINIQUE?

- Viennent chercher de l'aide lors d'un un échec personnel ou une perte
- Attitudes défensives, tel le mépris face a la psychoéducation (perçue comme invalidante: risque de dropout)
- Sont résistants au feedback qui ne confirment pas leur vue d'eux même ou encore qui suggèrent un aspect de manipulation, d'agressivité dans les relations interpersonnelles
- Réaction à un TPN: se sentir idéalisé et vouloir être le meilleur "psy" ou se sentir dévalorisé et incompetent et sans intérêt

-

LE DÉVELOPPEMENT DU TPN

Développement de l'*alien self*:

Pour **TPB**: mirroring congruent mais non marqué

Pour **TPN**: mirroring marqué mais non congruent (bien que présent le mirroring ne reflète pas l'expérience subjective de l'enfant): on va renforcer des qualités comme la force, la confiance et minimiser ou sous-mirrer les émotions comme la tristesse, l'insécurité, la faiblesse, le besoin d'autre etc....

L'enfant semble avoir une bonne représentation des états mentaux mais le *self* est vide et les affects ne correspondent pas avec la constitution du soi



Alien self narcissique: une représentation secondaire du donneur de soin qui surévalue les compétences de l'enfant qui malheureusement ne reflète pas l'état affectif de l'enfant ce qui mène à un profond sens de vide et de discontinuité dans le soi. La personne va projeter un sens de perfection sur le self (*Je suis fantastique ou je suis meilleur que toi (self-enhancement)*): cela sert à restaurer un sens de continuité). Les autres sont un véhicule de projection de l'*alien-self* narcissique. Quand une personne répond de manière non-contingente (ignore le patient TPN, le critique etc..) cela interfère avec le processus de projection. Le patient TPN devient alors agressif dans une tentative de maintenir un sens de soi cohérent.

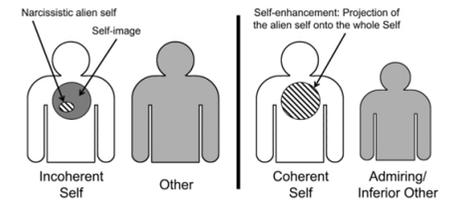


FIGURE 1. Projection of the narcissistic alien self. Through internal and behavioral strategies of self-enhancement, individuals with PN actualize the narcissistic alien self and achieve coherence within their sense of Self. In order for individuals with PN to experience a sense of self-continuity, the other person needs to be experienced as admiring or inferior.

L'ÉTUDE PILOTE

N=171 patients et N=236 contrôles

diagn		Freq.	Percent
-----+			
Other	14	8.19	
BDL	52	30.41	
ADHD	41	23.98	
BDL+ADHD	64	37.43	

Echelles:

RFQ
MENTS
SCID-II: Narc/BDL
DIVA 2.0
ASRS v1.1 et v5
CTQ
NPI
PNI



Journal of Personality Assessment



ISSN: 0022-3891 (Print) 1532-7752 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/hipa20>

The Mentalization Scale (Ments): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity

Aleksandar Dimitrijević, Nataša Hanak, Ana Altaras Dimitrijević & Zorana Jolić Marjanović



RESEARCH ARTICLE

The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury

Deborah Baedou^{1,2*}, Patrick Llywelyn^{3,4}, Eduardo Fonseca-Pedrero^{5,6}, Stephan Eliez², Peter Fonagy⁷, Martin Dobbins^{7,8}



1 Developmental Clinical Psychology Unit, Faculty of Psychology, University of Geneva, Geneva, Switzerland, 2 Office Médico-Pédagogique Research Unit, Department of Psychiatry, University of Geneva School of Medicine, Geneva, Switzerland, 3 Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, United Kingdom, 4 Faculty of Psychology and Educational Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium, 5 Department of Educational Sciences, University of La Rioja, La Rioja, Spain, 6 Center for Biomedical Research in the Mental Health Network (CIBERSAM), Madrid, Spain

RÉSULTATS

Prévalence de TPN: N=18 (10.53%) (1 others; 8 BDL; 2 TDAH; 7 BDL+TDAH)

Plus des hommes: N=9 (50%) vs N=59 (26.3%); $p=0.015$

Trend vers moins de TS ($p=0.092$), moins bonne insertion professionnelle ($p=0.089$)

SÉVÉRITÉ DES TROUBLES

Variable	TPN		No_TPN	
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.
SCIDBDL	6.12	2.26	5.86	2.26
BSL1MOY	1.83	0.88	1.77	0.95
WURS	63.92	13.67	58.42	18.49
ACETOTattAD	5.64	3.20	6.22	2.66
ACETOThypAD	4.73	3.00	4.40	2.86
ASRS1AT	22.83	5.12	24.18	6.41
ASRS1HY	24.17	7.08	20.42	6.99
ASRSbrefTOT	15.64	3.93	14.31	3.93
AAQOLTOT1	40.22	6.14	45.64	10.84
CAARS_TOT	54.06	11.49	44.36	14.30

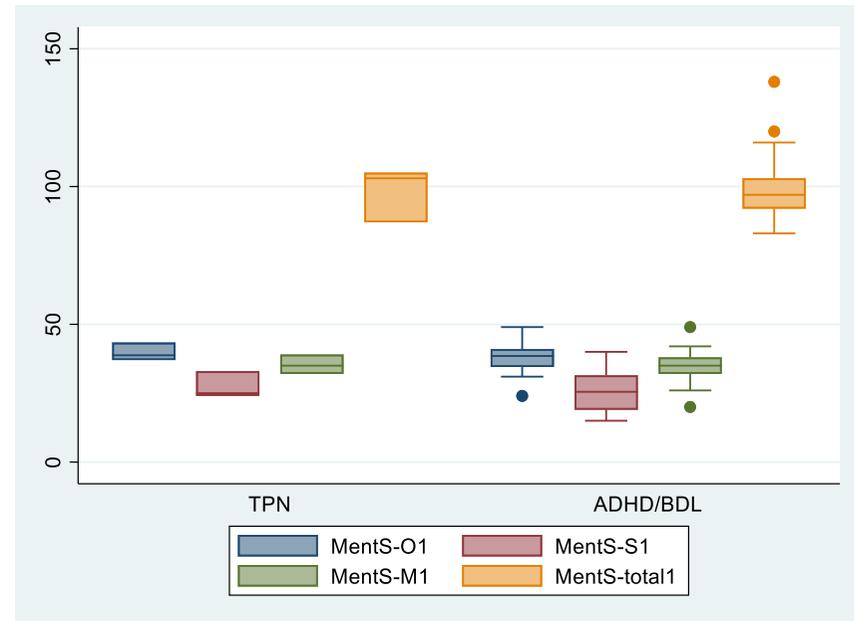
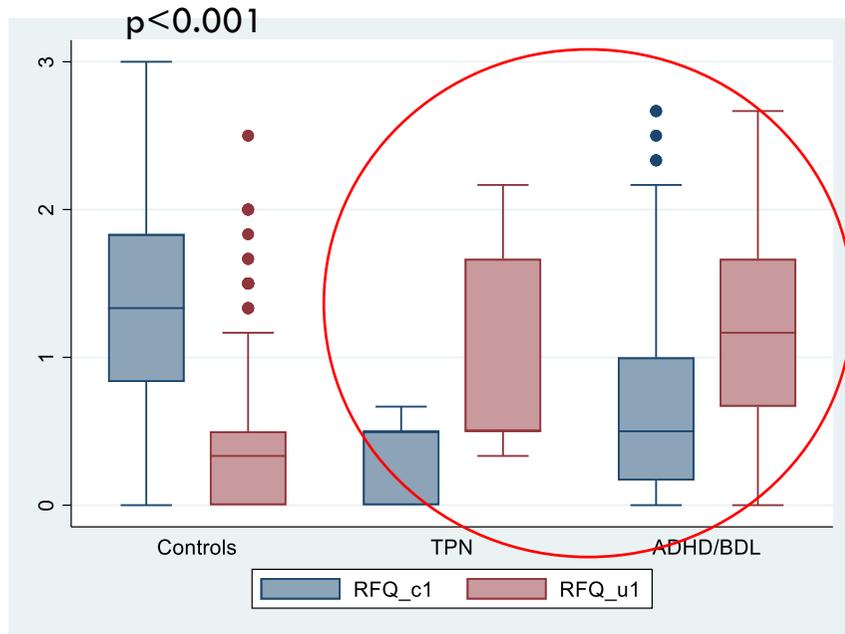
ECHELLES DE NARCISSISME

Variable	TPN		No_TPN		
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.	
NPIgran	2.62	1.33	1.12	1.23	p<0.001
NPImanip	2.54	1.20	1.26	1.10	p<0.001
NPItot	7.77	2.62	3.16	2.49	p<0.001
PNIGRAN	3.42	0.85	2.15	0.94	p<0.001
PNIVULN	3.27	1.07	2.16	0.90	p<0.001

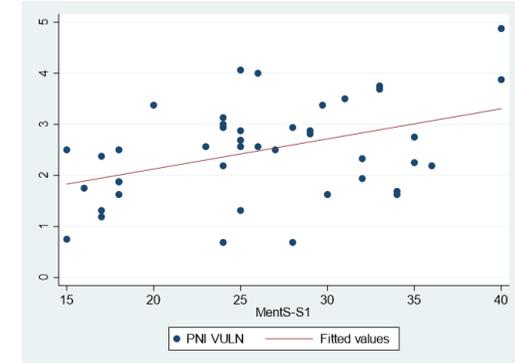
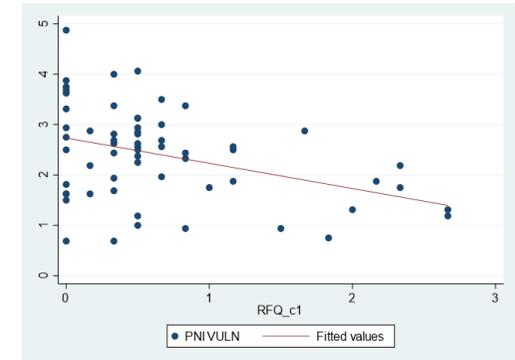
AUTRES VARIABLES

Variable	TPN		No_TPN		
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.	
FFMQ1obs	13.36	5.08	12.48	4.06	
FFMQ1déc	18.09	4.30	13.92	4.74	p=0.007
FFMQ1agir	15.27	5.50	15.01	4.24	
FFMQ1acc	12.64	4.80	14.28	4.67	
FFMQ1noea	10.00	3.07	9.12	3.46	
STAI1état	64.73	11.22	59.49	11.27	
STAI1trait	63.82	11.21	59.89	15.96	
CERQREAD1	54.40	12.60	53.84	12.18	
CERQRENAD1	50.80	7.53	47.22	10.14	
DERSTOT1	46.33	9.71	63.85	28.84	
CTQTOT	58.22	18.31	53.03	15.78	

MENTALISATION



	NPItot	PNIGRAN	PNIVULN		NPItot	PNIGRAN	PNIVULN
ASRS1AT	-0.0228	0.0101	0.1092	STAI1trait	-0.0149	0.0888	0.2319
	0.8579	0.9378	0.3981		0.8906	0.4109	0.0297
ASRS1HY	0.1422	0.3384	0.4181	CERQREAD1	0.0827	-0.0662	-0.0725
	0.2622	0.0071	0.0007		0.5373	0.6277	0.5955
AAQOLTOT1	-0.1332	-0.2793	-0.3839	CERQRENAD1	0.1579	0.1309	0.182
	0.2271	0.0101	0.0003		0.2364	0.3364	0.1795
ASRSbrefTOT	0.0188	0.1762	0.2755	DERSTOT1	-0.0853	0.0547	0.1851
	0.8643	0.1067	0.0107		0.5911	0.7275	0.2346
BSL1MOY	0.073	0.2635	0.4579	RFQ_c	0.1128	-0.162	-0.4464
	0.4591	0.0074	<0.0001		0.5061	0.3381	0.0056
CAARS_TOT	0.2293	0.3726	0.4223	RFQ_u	-0.0426	0.1599	0.3911
	0.139	0.0127	0.0043		0.8022	0.3445	0.0167
FFMQ1obs	0.2678	0.2031	0.0008	MentSO1	0.1499	0.1975	0.0203
	0.0107	0.0549	0.9944		0.3433	0.2042	0.8973
FFMQ1déc	0.3105	0.3242	0.1351	MentSS1	0.1342	0.1811	0.4203
	0.0029	0.0018	0.2042		0.3968	0.2452	0.005
FFMQ1agir	0.0047	-0.1616	-0.2376	MentSM1	0.0238	0.0918	0.0844
	0.9647	0.128	0.0241		0.8811	0.5582	0.5907
FFMQ1acc	-0.0361	-0.2755	-0.302	MentStotal1	0.129	0.1718	0.2515
	0.7358	0.0086	0.0038		0.4154	0.2707	0.1038
FFMQ1norea	0.2224	0.1187	0.029	ACETOTattAD	-0.0386	-0.0578	-0.0841
	0.0351	0.2653	0.7859		0.7225	0.604	0.4499
STAI1état	0.1233	0.1549	0.3085	ACETOTHypAD	0.0561	0.1086	0.1204
	0.2523	0.1495	0.0035		0.6057	0.3285	0.2781
				SCIDBDL	-0.0283	-0.1586	-0.0349
					0.7773	0.1168	0.7317



DISCUSSION

«RF scores indicated no significant differences between the NPD/BPD and BPD groups, both of which were in the low range as expected (...) involving naïve/simplistic or overanalytic reasoning about mental states (Fonagy et al., 1998).»

1. Prévalence de 10.53% en population clinique: similaire aux chiffres déjà publiés et plus chez les hommes
2. Les échelles PNI et NPI semblent être de bonnes échelles de détection
2. Tendance vers un TDAH plus sévère chez les TPN
3. Plus de sévérité des échelles cliniques BDL et TDAH en lien avec des scores plus haut au PNI (surtout PNI VULNERABLE)
4. Meilleure pleine conscience « cognitive » chez les TPN (corrélation positive avec PNI GRANDIOSE): cf empathie cognitive
5. Les TPN en comparaison des contrôles ont moins de certitude et plus d'incertitude des états mentaux de soi et d'autrui (similaire chez les TPB et TDAH)
6. Corrélations entre moins de certitude et plus d'incertitude des états mentaux de soi et d'autrui et PNI VULNERABLE.

LES THÉRAPIES?

Quelques thérapies inspirées des soins TPB (**TFP**: 2013 et **TBM**: 2016)

Importance de travailler l'empathie émotionnelle: stimuler la curiosité, l'intérêt face à l'autre ;
développer une meilleure compréhension de la distinction entre soi et l'autre, stimuler les patients à moins
se centrer sur eux-mêmes

Journal of Personality Disorders, 34, Special Issue, 159–176, 2020
© 2020 The Guilford Press

**TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY
FOR NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER:
AN OBJECT RELATIONS APPROACH**

Diana Diamond, PhD, and Richard G. Hersh, MD

Journal of Personality Disorders, 34, Special Issue, 177–203, 2020
© 2020 The Guilford Press

**MENTALIZATION-BASED TREATMENT
FOR PATHOLOGICAL NARCISSISM**

Robert P. Drozek, LICSW, and Brandon T. Unruh, MD

MENTALISATION?

- Aider l'individu a mieux se connaitre et a mieux comprendre ses états mentaux

La perte de la capacité a mentaliser s'illustre par

- **l'équivalence psychique**: forte conviction d'avoir raison et intolérance aux hypothèses alternatives
- **La pseudo-mentalisation** : discours vide de sens et non relié aux émotions et aux pensées, discordance entre les affects et le discours, croyances opposées. Préserver l'image d'une personne qui travaille activement en thérapie
- **Le mode téléologique**: est tenté de rechercher des évidences dans le monde extérieur pour appuyer son discours

TABLE 1. Nonmentalizing Modes in Pathological Narcissism

Psychic Equivalence Mode	Teleological Mode	Pretend Mode
· Grandiose beliefs about oneself, achievements, talents	· Intense desire for tangible success, achievement, possessions	· Overreliance on cognition, intellectualization, jargon, rationalization
· Sense of the self as different, superior, separate from others	· Need for visible attention, admiration, approval from others	· Monologues and excessively detailed, inconsequential narratives
· Idealization of specific others (e.g., spouse, colleagues, friends)	· Ruminations about social/work performance and appearance	· Apparent disconnection from emotions and desires
· Devaluation of other persons, groups	· Focus on others' "wrong," "unjust" behaviors	· Beliefs about the self do not correspond to one's actual behaviors, presentation, life circumstances
· Rigid convictions about others' actions, qualities, or beliefs, often seeing them as unequivocally wrong/incorrect	· Assumption that such behaviors imply lack of care, respect, etc.	· Person uses psychological language but cannot elaborate on meaning, context
· Sense of self as bad, worthless, weak, "a failure"	· Need to respond behaviorally (e.g., retaliation, avoidance) when hurt or wronged	· Cognitive understanding of others without emotional empathy
· Self-judgments about certain qualities, emotions, desires	· Use of others for own ends	· Dissociation of more vulnerable emotions and desires—sadness, insecurity, desires for attention, etc.
· Emotions of shame, embarrassment, humiliation	· Self-esteem based on external factors (e.g., validation, competition) · Self-harm in response to loss of visible symbols of "Self"	

Grandiose

Signes concrets du succès et de l'attention de l'autre



MERCI DE VOTRE ATTENTION