

Université du Québec en Outaouais

**L'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique comme
prédicteurs de la gravité du trouble de la personnalité narcissique (TPN) dans une
population clinique et non-clinique**

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil neuropsychologie clinique (D.Psy.)

Par
© Joannie BLANCHETTE-GUIMOND

Octobre 2025

Composition du jury

L'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique comme prédicteurs de la gravité du trouble de la personnalité narcissique (TPN) dans une population clinique et non-clinique

Par
Joannie Blanchette-Guimond

Ce projet d'essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sébastien Larochelle, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Isabelle Green-Demers, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Paul Samuel Greenman, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Jean Descôteaux, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie,
Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

En raison de la grande hétérogénéité des présentations, tant au niveau des caractéristiques syndromiques que dans la gravité du trouble, la définition du trouble de la personnalité narcissique (TPN) ne fait toujours pas l'objet d'un consensus à l'heure actuelle. Alors que la définition du DSM-5 s'attarde aux caractéristiques typiquement grandioses du TPN, un second phénotype, dit *vulnérable*, est également communément reconnu des cliniciens et a été empiriquement validé par plusieurs chercheurs. En plus de se faire peu nombreuses, les connaissances actuelles au sujet du TPN se trouvent, par conséquent, entachées d'incongruences, en raison notamment des disparités qui résident dans l'opérationnalisation de ce trouble. Il est d'autant plus difficile de dresser un portrait des relations qui unissent le TPN et certaines variables jugées importantes à la compréhension et à l'évaluation de la gravité du trouble par les cliniciens de l'approche psychodynamique et les professionnels du réseau de la santé, précisément en ce qui concerne l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique. La présente étude avait ainsi pour objectif d'évaluer les capacités respectives de ces trois variables à prédire, au sens statistique, la gravité du TPN dans sa forme exhaustive au sein d'un échantillon clinique composé d'individus ayant été admis pour une thérapie à long terme au Centre sur l'Autre Rive destinée exclusivement aux hommes aux prises avec un problème d'alcool ou de toxicomanie ($N = 80$). À des fins de comparaison, un second groupe de participants composé d'hommes tirés de la population générale a été recruté en ligne par l'entremise des réseaux sociaux pour former l'échantillon non-clinique ($N = 90$) de la présente étude. Les données ont été recueillies au moyen de quatre questionnaires autorapportés: le *Pathological Narcissism Inventory* (PNI), le *Borderline Personality Inventory* (BPI), le *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) et l'*Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec* (IDPESQ). Pour examiner le modèle de prédiction, des analyses de régressions multiples ont été réalisées pour chacun des échantillons. Les résultats ont révélé que l'identité diffuse permet de prédire 29 % (R_a^2) de la variance ajustée de la gravité du TPN—invariablement du phénotype—dans l'échantillon clinique ($\beta = .47, p < .001$), alors que dans l'échantillon non-clinique, l'identité diffuse permet de prédire 22 % (R_a^2) de la variance ajustée de la gravité des caractéristiques grandioses ($\beta = .49, p < .01$), et l'attachement insécurisant, 44 % (R_a^2) de la variance ajustée de la gravité des caractéristiques vulnérables du TPN ($\beta = .39, p < .001$). Dans tous les cas, la détresse psychologique n'a pas démontré jouer un rôle significatif dans la gravité de la présentation du trouble, du moins, parmi les autres variables dans le modèle. Les retombées anticipées visent à prêter assistance aux cliniciens dans l'élaboration de leur plan de traitement, en ciblant les facteurs de changements les plus prometteurs en fonction du portrait clinique. Ultimement, il est permis d'espérer que les personnes présentant un TPN—et leurs proches—sauront bénéficier le plus des retombées de ce projet, de par une offre de traitement davantage adaptée à leurs besoins.

Mots clés : trouble de la personnalité narcissique, grandiose, vulnérable, identité diffuse, attachement insécurisant, détresse psychologique

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
 CHAPITRE I.....	 7
Introduction.....	7
 CHAPITRE II	 16
Contexte théorique	16
2.1 Le trouble de la personnalité narcissique : des définitions.....	16
2.1.1 Le trouble de la personnalité narcissique : le phénotype grandiose	16
2.1.2 Le trouble de la personnalité narcissique : le phénotype vulnérable	19
2.1.3 Le trouble de la personnalité narcissique : les phénotypes grandiose et vulnérable	22
2.2 Mesures de gravité selon l'approche psychodynamique : l'identité diffuse	24
2.2.1 Identité diffuse : une définition	25
2.2.2 Identité diffuse et TPN : théories.....	27
2.2.3 Identité diffuse et TPN : recension des recherches.....	29
2.3 Mesures de gravité selon l'approche psychodynamique : l'attachement insécurisant.....	30
2.3.1 Attachement insécurisant chez l'adulte : une définition.....	31
2.3.2 Attachement insécurisant chez l'adulte et TPN : théories.....	37
2.3.3 Attachement insécurisant chez l'adulte et TPN : recension des recherches	38
2.4 Mesure de gravité selon le réseau de la santé : la détresse psychologique	40
2.4.1 Détresse psychologique : une définition.....	41
2.4.2 Détresse psychologique et TPN : théories	42
2.4.3 Détresse psychologique et TPN : recension des recherches.....	43
2.5 Conclusions sur la recension des écrits	45
2.6 Objectifs et hypothèses.....	47
 CHAPITRE III	 50
Méthodologie	50
3.1 Participants	50
3.1.1 Échantillon clinique.....	50
3.1.2 Échantillon non-clinique.....	50
3.2 Procédures	52
3.2.1 Échantillon clinique.....	52
3.2.2 Échantillon non-clinique.....	53
3.3 Instruments	53
3.3.1 Pathological Narcissism Inventory (PNI).....	54
3.3.2 Borderline Personality Inventory (BPI).....	56
3.3.3 Relationship Scales Questionnaire (RSQ).....	57
3.3.4 Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec (IDPESQ).....	58

CHAPITRE IV	61
Résultats	61
4.1 Analyses préliminaires	61
4.1.1 Données extrêmes et postulats statistiques	61
4.1.2 Statistiques descriptives	63
4.2 Corrélations entre les variables à l'étude	66
4.3 Régressions multiples : TPN	67
4.2.1 Échantillon clinique	68
4.2.2 Échantillon non-clinique	68
4.4 Colinéarité entre le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable	69
4.5 Régressions multiples : Phénotypes	70
4.5.1 Échantillon clinique	70
4.5.2 Échantillon non-clinique	71
CHAPITRE V	73
Discussion	73
5.1 Hypothèses 1 à 3 : Prédiction de la gravité du TPN dans un échantillon clinique	73
5.1.1 Hypothèse 1 : Identité diffuse	73
5.1.2 Hypothèse 2 : Attachement insécurisant	74
5.1.3 Hypothèse 3 : Détresse psychologique	75
5.1.4 Sommaire des hypothèses 1 à 3	78
5.2 Hypothèse 4 : Généralisation des résultats à la population générale	79
5.3 Comparaisons inter-groupes	82
5.3.1 TPN	82
5.3.2 Identité diffuse	84
5.3.3 Attachement insécurisant	85
5.3.4 Détresse psychologique	86
5.4 TPN et phénotypes	87
5.5 Forces et limites	88
5.6 Implications	93
5.6.1 Implications fondamentales	93
5.6.2 Implications appliquées	97
5.7 Recherches futures	98
CHAPITRE VI	101
Conclusion	101
RÉFÉRENCES	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Informations sociodémographiques des participants.</i>	51
Tableau 2. <i>Différences sociodémographiques inter-groupes.</i>	52
Tableau 3. <i>Résultats moyens et différences entre groupes aux échelles et sous-échelles.</i>	63
Tableau 4. <i>Classification et distribution des participants en fonction des scores obtenus au PNI et à l'IDPESQ.</i>	65
Tableau 5. <i>Différences inter-groupes dans la distribution des participants parmi les différents niveaux de pathologie du TPN et ses phénotypes, et degrés de symptomatologie de détresse psychologique.</i>	66
Tableau 6. <i>Associations entre le TPN, l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique, par échantillon.</i>	67
Tableau 7. <i>Prédiction de la gravité du TPN en fonction du niveau d'identité diffuse, d'attachement insécurisant et de détresse psychologique par échantillon.</i>	69
Tableau 8. <i>Prédiction de la gravité du TPN par phénotype en fonction du niveau d'identité diffuse, d'attachement insécurisant et de détresse psychologique par échantillon.</i>	72

CHAPITRE I

Introduction

Si l'on se fie à la tendance observée depuis plusieurs décennies, le narcissisme serait en constante évolution dans la population, chaque nouvelle génération manifestement plus narcissique que la précédente (Myers, 2013; Twenge, 2006; Twenge et al., 2010). C'est du moins ce que suggèrent les données recueillies auprès des communautés universitaires américaines, où près des deux tiers des étudiants ont obtenu, en 2006, des scores plus élevés au *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) que ceux observés dans cette population en 1979 (Levy et al., 2011; Raskin & Hall, 1979, 1981; Raskin & Terry, 1988). Selon Twenge et Campbell (2008, 2009), on assisterait ainsi à une inflation de l'estime de soi et de narcissisme digne d'une *épidémie sociétale* (Levy et al., 2011). Ces observations corroborent la réalité des cabinets privés, alors que le trouble de la personnalité narcissique (TPN) s'avère le trouble de la personnalité le plus fréquemment rencontré par les cliniciens, aussi bien aux États-Unis qu'en Ontario, constituant jusqu'à 20 % de la clientèle traitée (Doidge et al., 2002; Levy et al., 2007; Ronningstam, 2009; Weinberg & Ronningstam, 2020). Ces statistiques laissent, du fait même, entrevoir une détresse psychologique qui accable cette population et qui se veut suffisamment importante pour les amener à consulter, qu'il s'agisse du motif de consultation de départ, ou non (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Bien que l'étymologie de ce concept date d'aussi loin que l'histoire de Narcisse dans la mythologie grecque (Akthar & Thomson, 1982), le narcissisme fait depuis récemment l'objet d'un intérêt clinique de plus en plus important (Choi-Kain, 2020), observable à travers les efforts grandissants déployés pour mieux comprendre et traiter cette population. En plus de présenter des taux de consultation élevés, le TPN s'agit de l'un des troubles de la personnalité posant

actuellement le plus de défis en contexte de thérapie (Diamond et al., 2014; Maillard et al., 2020), incluant un haut risque d'interruptions abruptes—voire d'abandon complet de traitement—à un point tel que les cliniciens ne savent trop quoi faire avec la clientèle qui en souffre pour développer et maintenir une alliance thérapeutique qui soit propice aux changements (Kacel et al., 2017; Ronningstam, 2020). Jusqu'à tout récemment, on déplorait l'absence de lignes directrices claires pour traiter efficacement cette population (Drozek & Unruh, 2020). Grâce aux contributions de théoriciens et de cliniciens experts dans le domaine, le traitement du TPN a néanmoins connu des développements intéressants au cours des quelques dernières années, ouvrant la voie à une « nouvelle vague de recherches et de développement thérapeutique » (traduction libre; Choi-Kain, 2020). Certaines thérapies spécialisées ayant été initialement personnalisées au traitement du TPL font depuis peu l'objet d'adaptations similaires, cette fois, en vue de traiter le TPN (Choi-Kain, 2020). Notamment, Diamond et ses collègues ont publié en 2021 un manuel consacré à la psychothérapie centrée sur le transfert chez les personnes présentant un TPN, une approche intégrative considérée comme prometteuse sur le plan thérapeutique. Toutefois, compte tenu du caractère spécialisé de ces traitements, il est malheureusement estimé que très peu de professionnels de la santé mentale seront formés à ces approches (Choi-Kain, 2020).

D'un point de vue empirique, les données disponibles sur le TPN reposent encore essentiellement sur des cadres théoriques et des observations cliniques (Caligor et al., 2015; Levy et al., 2007). C'est d'ailleurs précisément en raison de la rareté de la littérature scientifique au sujet de ce trouble que son retrait a été envisagé lors de la rédaction de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; Caligor et al., 2015; Schalkwijk et al., 2021). En 2010, le trouble figurait parmi les moins empiriquement étudiés dans

la littérature, avec en moyenne moins de dix études publiées chaque année (Dhawan et al., 2010). Encore plus récemment, une revue de la littérature disponible sur la banque de données *PubMed* a révélé 27 fois moins d'articles portant sur le TPN en comparaison au trouble de la personnalité limite (TPL), lequel est considéré comme un diagnostic voisin du TPN (Choi-Kain, 2020). En plus du peu de données probantes disponibles au sujet du TPN, celles-ci varient considérablement selon les études, attribuable—en tout ou en partie—à l'ambiguïté qui persiste aussi bien dans l'opérationnalisation que dans la conceptualisation de ce trouble (Levy et al., 2007; Pincus & Lukowitsky, 2010). Cette réalité a pour effet de compromettre la validité externe et la valeur scientifique des produits de la recherche, où ceux-ci tendent à être difficilement généralisables. Bien qu'Akthar et Thomson soulevaient déjà en 1982 l'importance de mieux étudier ce trouble pour parvenir à le définir adéquatement—soulignant que les efforts au sujet du TPL avaient, de leur côté, porté fruit—plus de quarante ans plus tard, une définition du TPN qui est à la fois claire, complète, précise et fidèle à la réalité clinique demeure toujours à être déterminée pour cette population (Caligor & Stern, 2020).

Malgré qu'il s'agisse d'un diagnostic encore controversé à ce jour (Caligor & Stern, 2020), les caractéristiques typiques des personnes présentant un TPN sont bien connues : arrogance, égocentrisme, soif d'attention, grandiosité et flagrant manque d'empathie ne passent généralement pas inaperçus (Bernardi & Eidlin, 2018; Kealy & Rasmussen, 2012). Or, il semble que ce ne soit pas toutes les personnes qui présentent un TPN qui adhèrent à cette version simpliste et excentrique du trouble. En effet, tout porte à croire qu'un second phénotype du TPN, moins connu de la culture populaire, se caractérise quant à lui par une forme plus hypersensible de narcissisme, à l'estime de soi fragile et empreinte de sentiments de honte et de vide (Bernardi & Eidlin, 2018; Jauk & Kaufman, 2018; Kealy & Rasmussen, 2012). Certains emploient ainsi les

termes « grandiose » et « vulnérable » pour qualifier et distinguer respectivement le narcissisme classique de ce second phénotype (p. ex., Pincus & Lukowitsky, 2010), quoique l'on retrouve dans la littérature plus de cinquante appellations différentes visant chacune à dépeindre distinctement les différentes couleurs du narcissisme (Cain et al., 2008).

Bien que l'idée de caractéristiques vulnérables faisant partie du TPN soit généralement acceptée (Pincus & Lukowitsky, 2010), il n'y a toujours pas de consensus quant au portrait clinique des personnes présentant ce trouble (Diamond et al., 2014; Kealy & Rasmussen, 2012; Levy et al., 2007). Selon Pincus et Lukowitsky (2010), on retrouve dans la littérature des incohérences importantes au sujet du TPN affectant quatre domaines en particulier, soit précisément en ce qui concerne la nature (normal vs pathologique), le phénotype (grandiosité vs vulnérabilité), le mode d'expression (explicite vs dissimulé) et la structure (catégorielle vs dimensionnelle vs intégrée) de ce trouble, le tout ayant pour effet de nuire aux efforts de raffiner ce concept. Ainsi, certains classifient ces phénotypes en tant que deux présentations distinctes (p. ex., Wink, 1991), alors que d'autres sont d'avis qu'il s'agit simplement de différents amalgames des caractéristiques du trouble (p. ex., Pincus & Lukowitsky, 2010). D'autres ont aussi proposé une fluidité dans la manifestation du TPN au sein d'un même individu, telles que la présentation de caractéristiques grandioses et vulnérables en cooccurrence (Fossati et al., 2015; Pincus & Lukowitsky, 2010), voire la fluctuation d'un phénotype à un autre (Rønningstad, 2009).

En plus des difficultés de conceptualisation qu'engendrent les phénotypes dichotomiques du TPN, son vaste spectre d'un point de vue de sa pathologie contribue d'autant plus à l'hétérogénéité des manifestations cliniques de ce trouble, ce qui ajoute aux défis déjà importants en ce qui concerne l'élaboration d'une définition qui soit à la fois juste et complète. En effet, le TPN constitue l'un des troubles de la personnalité pour lequel la gravité de la pathologie se fait

des plus divergentes au plan interindividuel, certaines personnes jouissant d'un haut niveau de fonctionnement frôlant la normalité, tandis que d'autres se trouvent accablées d'importantes perturbations à ce niveau (Caligor & Stern, 2020). Alors que dans la description classique des troubles de la personnalité du DSM-5 (section II), le fonctionnement s'évalue de façon externe—basé sur l'adéquation d'un individu dans ses activités de la vie quotidienne, notamment dans les domaines social et professionnel—le *Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité* (MATP) du même manuel (section III) conçoit le fonctionnement de façon interne et psychique, s'attardant précisément au fonctionnement de la personnalité (American Psychiatric Association [APA], 2013). Dans ce dernier, l'APA (2013) définit le fonctionnement de la personnalité sur les plans du *soi*, soit précisément en matière d'identité et d'autodétermination, et des relations *interpersonnelles*, en termes d'empathie et d'intimité. Selon le MATP, un diagnostic de TPN est indiqué lorsqu'au moins deux de ces quatre domaines—identité, autodétermination, empathie et intimité—présentent des atteintes minimalement modérées, accompagné de la présence de traits mal adaptés et antagonistes de *grandiosité* et de *recherche d'attention d'autrui* qui sont relativement rigides et stables dans le temps, le tout engendrant des perturbations des situations personnelles et sociales (APA, 2013). Ce modèle stipule, en outre, que l'intensité des altérations du fonctionnement psychique dans les quatre domaines susmentionnés détermine la *gravité globale* du trouble, cette dernière étant considérée comme le prédicteur le plus important en matière de pronostic (APA, 2013).

Dans le même ordre d'idée, selon les travaux de certains chercheurs, cliniciens et théoriciens de l'approche psychodynamique, l'identité (p. ex., Kernberg & Caligor, 2005; Schalkwijk et al., 2021) et l'attachement (p. ex., Dickinson & Pincus, 2003; Karterud & Kongerslev, 2019; Lingardi & McWilliams, 2017) seraient des cibles particulièrement

importantes à la compréhension des fondements et du fonctionnement de la personnalité. Par conséquent, une identité diffuse (c.-à-d. des représentations mentales de soi et d'autrui instables, polarisées et irréalistes, et donc, peu intégrées (Kernberg & Caligor, 2005)) et un attachement insécurisant (c.-à-d. terme générique regroupant les dimensions insécurisantes de l'attachement, lesquelles se caractérisent par une méfiance et un manque de sécurité dans les relations accompagné d'éléments anxieux et/ou évitants (Abdul Kadir, 2020)) formeraient un terreau fertile au développement d'une pathologie (trouble) à ce niveau (Bowlby, 1977; Dickinson & Pincus, 2003; Drozek & Unruh, 2020; Levy et al. 2015; Lingardi & McWilliams, 2017), ou y seraient, à tout le moins, intimement liés (Livesley et al., 1994).

Dans le modèle avancé par Otto Kernberg (1976, 1984), largement adopté par les professionnels de la santé mentale, l'identité diffuse est considérée comme l'indicateur le plus déterminant du niveau d'organisation de la personnalité, et par conséquent, de la gravité du trouble (Jørgensen et al., 2024; Kernberg & Caligor, 2005). Pourtant, malgré que l'identité diffuse constitue une caractéristique clinique à l'essence même du TPN selon Kernberg et d'autres experts du domaine de la personnalité (Caligor et al., 2018; Caligor & Stern, 2020; Kernberg, 2006), on retrouve actuellement peu d'études permettant d'appuyer cette théorie, et celles qui existent sont souvent opérationnalisées de manière disparate (Cramer, 1995; Di Pierro et al., 2018; Kaufman et al., 2020). Il est ainsi difficile de dresser un sommaire de l'état des connaissances actuel à ce sujet pour orienter les prémisses de notre recherche, à l'exception de quelques études ayant effectivement mis en évidence des corrélations significatives entre l'identité diffuse et le TPN (p. ex., Biberdzic et al., 2023; Pincus et al., 2009). En ce qui concerne l'attachement insécurisant, il semble que différents types ou styles émergent lorsque

l'opérationnalisation du TPN tient compte des phénotypes grandiose et vulnérable distinctement (p. ex., Dickinson & Pincus, 2003).

Parallèlement, d'autres privilégient plutôt la présence d'une souffrance cliniquement significative (Widiger et al., 2002)—ou le niveau de *détresse psychologique* (Dickinson & Pincus, 2003; DiGiuseppe et al., 1995; Miller et al., 2007)—dans l'évaluation du fonctionnement d'un individu. La présence d'une souffrance cliniquement significative (ou d'altérations importantes du fonctionnement) constitue d'ailleurs l'un des critères de base nécessaire au diagnostic de tout trouble de la personnalité présenté dans la section II du DSM-5 (APA, 2013). Fidèle au perpétuel flou qui plane sur la compréhension du trouble, on dénonce dans la littérature le manque de données empiriques et de clarté face à la souffrance et aux altérations du fonctionnement qui valent au TPN de satisfaire ce critère et d'ainsi figurer parmi les autres troubles de la personnalité (Miller et al., 2007). Selon les données disponibles, le niveau de détresse psychologique rapporté par les personnes qui présentent un TPN s'avère particulièrement variable et influencé par des facteurs externes (Dickinson & Pincus, 2003; DiGiuseppe et al., 1995; Miller et al., 2007; Russ et al., 2008). En effet, il semble que le lien entre le TPN et la détresse psychologique soit souvent secondaire aux altérations du fonctionnement qui en découlent, spécialement en ce qui a trait aux relations interpersonnelles (Dickinson & Pincus, 2003; Miller et al., 2007; Russ et al., 2008).

Étant donné que le TPN est fréquent, qu'il constitue un défi clinique et que la gravité des troubles de la personnalité tend à prédire l'efficacité des psychothérapies (Crawford et al., 2011), il nous apparaît important d'examiner le TPN à travers certains indicateurs clés de la gravité de la pathologie. Nous avons donc pour objectifs, d'une part, de vérifier dans quelle mesure l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique permettent de prédire

statistiquement la gravité du TPN chez une population clinique—et ainsi d’identifier les prédicteurs les plus déterminants du fonctionnement du soi et interpersonnel des personnes présentant des signes de cette pathologie—et d’autre part, de reproduire ces résultats au sein d’un échantillon non-clinique afin d’évaluer la généralisation de ces relations dans la population générale.

À des fins pragmatiques, la population clinique est issue d’une étude antérieure et se compose d’hommes aux prises avec un trouble lié à l’usage de l’alcool ou autres substances. Il s’agit d’un échantillon d’intérêt, d’une part parce que le TPN présente une prévalence relativement élevée chez les personnes souffrant de dépendance à l’alcool ou aux drogues, et d’autre part parce qu’il est rapporté plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes (Choi-Kain, 2020; Stinson et al., 2008). Le TPN est, par ailleurs, plus fréquemment observé dans les populations cliniques que non-cliniques (Torgersen, 2012). L’échantillon non clinique, quant à lui, permet d’obtenir un portrait plus représentatif des taux de TPN ainsi que des tendances qui se dessinent entre ce trouble et les variables à l’étude au sein des hommes de la population générale. Une compréhension plus précise des taux de TPN dans la population générale permettrait notamment de mieux orienter les efforts en matière de prévention et d’intervention thérapeutique, surtout considérant que la majorité des études épidémiologiques disponibles sur le TPN ont été menées auprès de populations cliniques, et très peu auprès de populations non cliniques (Yakeley, 2018). En outre, certaines différences ont été relevées entre les échantillons cliniques et non cliniques, notamment en ce qui concerne les phénotypes du TPN, ce qui renforce la pertinence de comparer ces deux populations pour mieux comprendre les diverses manifestations du trouble (Fossati et al., 2015).

D'un point de vue théorique, nous sommes d'avis que la présente recherche favorisera une meilleure compréhension des contributions respectives des facteurs à l'étude—l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique—dans la gravité du trouble. Sur le plan clinique, les retombées attendues de notre étude visent à mieux soutenir les cliniciens dans la prise en charge des personnes ayant un TPN, en favorisant le développement de psychothérapies plus efficaces centrées sur les facteurs les plus intimement liés à la gravité du trouble, dans le but ultime d'offrir des traitements plus adaptés chez cette population visiblement souffrante.

CHAPITRE II

Contexte théorique

2.1 Le trouble de la personnalité narcissique : des définitions

2.1.1 Le trouble de la personnalité narcissique : le phénotype grandiose

Le TPN est officiellement reconnu comme une psychopathologie depuis son apparition dans la troisième édition du DSM (DSM-III; Miller & Campbell, 2008). Dans la plus récente version du manuel—le DSM-5—le TPN est présenté de façon catégorielle, dont le syndrome (critère A) s'appuie principalement sur la présentation grandiose et arrogante typiquement associée à ce trouble (Caligor & Stern, 2020; Lingardi & McWilliams, 2017; Meyer & Pilkonis, 2011; Ronningstam, 2011). Plus précisément, le critère A du TPN est satisfait lorsqu'au moins cinq des neuf symptômes suivants sont présents, parmi : 1) un sens exagéré de sa propre importance; 2) des fantasmes grandioses en matière de succès, de puissance et/ou de beauté; 3) un sentiment d'être unique et d'appartenir à une classe sociale supérieure; 4) un besoin excessif d'admiration; 5) une conviction de mériter des droits et privilèges spéciaux; 6) l'exploitation d'autrui; 7) un manque d'empathie; 8) une envie des autres ou croyance que les autres l'envient; et 9) une attitude arrogante ou hautaine (APA, 2013). Grossièrement, il s'agit d'individus pouvant se montrer particulièrement charismatiques et grandioses dans leurs idées—accumulant ainsi généralement les succès—tout en étant envieux, manipulateurs, avides d'admiration, vantards, agressifs, arrogants, hautains et/ou peu empathiques (Akthar, 1989; Bernardi & Eidlin, 2018; Dickinson & Pincus, 2003; Kernberg, 1984; Levy et al., 2007; Ronningstam, 2009, 2011). Afin de préserver une estime de soi élevée, ces personnes ont tendance à nier leurs faiblesses (Dickinson & Pincus, 2003) et à rejeter toute forme de critique (Gabbard, 1989). En situation d'échec ou de conflit, elles ont plutôt tendance à attribuer la faute à des causes externes

(Dickinson & Pincus, 2003). Ces individus ont donc l'habitude de faire preuve de faibles capacités d'introspection et sont généralement peu conscients—voire insensibles—au tort qu'ils peuvent causer aux autres (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1989). En contexte relationnel, ces personnes peuvent donner l'impression de *parler à* quelqu'un plutôt qu'*avec* quelqu'un, c'est-à-dire de s'exprimer tel un monologue plutôt que d'être véritablement engagées dans une conversation réciproque (Gabbard, 1989). Au cours de la dernière décennie, quelques études ont révélé des bases neuropsychologiques associées au TPN, notamment des déficits en ce qui a trait au traitement des émotions et des situations interpersonnelles (Ronningstam, 2020). Entre autres, les individus avec un TPN présenteraient des déficits au niveau de l'empathie émotionnelle, alors que leurs habiletés à faire preuve d'empathie cognitive seraient préservées (Ritter et al., 2011). Il a également été proposé que les personnes présentant un TPN soient plus aptes à faire preuve d'empathie lorsqu'elles ont l'impression d'être en contrôle de la situation, ou encore, dans des contextes où leur estime de soi est valorisée—ou du moins, n'est pas menacée (Ronningstam, 2020).

Dans le DSM-5, le diagnostic de TPN—ou l'absence de diagnostic, le cas échéant—repose sur le nombre de caractéristiques observables parmi les neuf symptômes proposés, c'est-à-dire, sur la quantification des manifestations cliniques de ce trouble, à condition que les critères généraux des troubles de la personnalité soient également remplis, dont la présence d'atteintes fonctionnelles et/ou d'une souffrance cliniquement significative (Caligor & Stern, 2020). En contraste avec un taux moyen de 0.26 % rapporté dans la plupart des études s'étant intéressées à la prévalence du trouble (Dhawan et al., 2010), une enquête épidémiologique menée à l'échelle nationale aux États-Unis entre 2004 et 2005 sur l'alcoolisme et autres affections apparentées a révélé une prévalence de 6.2 % du TPN dans la population générale (N = 34 653), avec des taux

significativement plus élevés chez les hommes (7.7 %) que chez les femmes (4.8 %; Stinson et al., 2008). Dans la population clinique, les taux rapportés de TPN varient entre 1,3 % et 20 %, tandis qu'en pratique privée, ils atteignent entre 8,5 % et 20 % (Lenzenweger et al., 2007; Torgersen, 2012; Weinberg & Ronningstam, 2020; Zimmerman et al., 2008). Étant donné qu'une grande partie des recherches se base uniquement sur les critères du DSM pour mesurer le TPN, et compte tenu de l'écart important entre les taux de prévalence rapportés dans les études épidémiologiques et ceux observés en pratique clinique (Cain et al., 2008; Yakeley, 2018), il apparaît probable que les taux réels de prévalence du TPN dans la population s'apparentent davantage aux valeurs obtenues par Stinson et al. (2008), voire qu'ils demeurent sous-estimés. Dans la littérature, on soulève d'ailleurs le contraste marqué qui existe entre les données empiriques—selon lesquelles le TPN figure parmi les troubles de la personnalité les plus rarement rapportés, tant dans les échantillons issus de la population générale que dans ceux de la population clinique—et les données cliniques, où une prévalence nettement plus élevée de ce trouble est fréquemment observée (Yakeley, 2018).

Plusieurs critiquent le caractère réducteur de l'approche catégorielle qui a été maintenue dans la cinquième édition du DSM, puisqu'elle ne parvient pas à tenir suffisamment compte de l'hétérogénéité des manifestations cliniques du TPN, tant en ce qui concerne ses caractéristiques que la gravité du trouble (Caligor et al., 2015; Caligor & Stern, 2020; Ronningstam, 2010, 2011). De plus, l'approche catégorielle du DSM-5 laisse en plan des variables clés sous-jacentes à la structure de la pathologie, notamment l'identité et l'attachement (Caligor & Stern, 2020), en partie, puisqu'elle ne s'appuie que sur des symptômes franchement observables (Caligor et al., 2015). Malgré des critiques similaires formulées à l'encontre de ses versions antérieures (Gabbard, 1989; Ronningstam, 2010; Russ et al., 2008), la plus récente version du DSM demeure

donc un outil lacunaire pour les cliniciens, alors que les critères diagnostiques du trouble s'harmonisent toujours difficilement avec les observations de la réalité clinique (Caligor et al., 2015; Yakeley, 2018). En conséquence, un grand nombre d'individus présentant principalement les caractéristiques vulnérables du TPN ou une forme infraclinique du trouble fait malheureusement l'objet d'un mauvais diagnostic (Kealy & Rasmussen, 2012; Ronningstam, 2010), le plus souvent d'un trouble de la personnalité évitante ou de la personnalité limite (Dickinson & Pincus, 2003). Par extension, plusieurs individus ne bénéficient pas à ce jour d'un plan de traitement qui sache adéquatement adresser la véritable nature de leur souffrance.

2.1.2 Le trouble de la personnalité narcissique : le phénotype vulnérable

L'idée d'une seconde présentation phénotypique du TPN aurait été soulevée pour la première fois par Akthar et Thomson (1982; Ronningstam, 2009). Malgré la décision de l'APA d'en faire abstraction dans les critères officiels du DSM-5, l'existence d'un phénotype vulnérable est pourtant communément reconnue tant des cliniciens (Caligor et al., 2015; Gabbard, 1989; Ronningstam, 2009; Russ et al., 2008) que des chercheurs (Dickinson & Pincus, 2003; Fossati et al., 2005; Levy et al., 2007; Perry & Perry, 2004; Wink, 1991). Dans la littérature, le phénotype vulnérable du TPN fait l'objet de nombreuses autres appellations, dont : *hypervigilant* (Gabbard, 1989), *caché/dissimulé* (Akthar & Thomson, 1982), *timide* (Ronningstam, 2005), *vulnérable/vulnérabilité narcissique* (Dickinson & Pincus, 2003; Pincus et al., 2009), *fragile* (Russ et al., 2008), *peau mince* (Miller et al., 2017; Rosenfeld, 1987), *hypersensible* (Wink, 1992) et *déprimé/vide* (PDM Task Force, 2006).

Comme le laissent entendre ces diverses appellations, on parle d'une présentation vulnérable du TPN chez les individus qui sont confrontés à une affectivité négative prédominante (Edershile & Wright, 2020) et à une détresse psychologique importante en lien

avec un niveau pathologique de narcissisme, le tout observable à travers une faible estime de soi, des sentiments d'infériorité, de culpabilité, de honte, de vide intérieur ou d'ennui, ainsi qu'à travers des symptômes anxiodépressifs (Bernardi & Eidlin, 2018; Caligor et al., 2015; Ronningstam, 2009). Ces manifestations cliniques partagent ainsi certaines ressemblances avec celles observées chez les personnes qui présentent un TPL (Miller et al., 2010). Les individus qui présentent les caractéristiques vulnérables du TPN sont alors grossièrement décrits comme étant fragiles, insécures, hypervigilents et hypersensibles (Bernardi & Eidlin, 2018; Ronningstam, 2009) et font généralement preuve de retenue ou de timidité (Dickinson & Pincus, 2003). On dit également qu'ils peuvent se montrer empathiques, *en apparence* (Dickinson & Pincus, 2003). La régulation de leur monde affectif et de leur représentation mentale de soi repose essentiellement sur des sources de validation externes (Dickinson & Pincus, 2003), ce qui les amène à présenter une grande réactivité et une labilité émotionnelle, fluctuant entre des sentiments de honte ou un état dépressif et des manifestations de colère ou d'hostilité (Dickinson & Pincus, 2003), particulièrement lorsqu'elles sont carencées de l'admiration et de la reconnaissance d'autrui (Caligor et al., 2015; Dawood et al., 2018; Ronningstam, 2009). Il va sans dire que ces individus composent difficilement avec la critique et les échecs, et font preuve d'une hypersensibilité « extrême » qui les amène à se comporter socialement de façon généralement passive et à éviter de se trouver au centre de l'attention (Cooper & Michels, 1988; Gabbard, 1989; Ronningstam, 2009). Ainsi, contrairement aux individus grandioses qui filtrent les critiques dans le but de protéger une estime de soi positive d'eux-mêmes, les individus vulnérables ont plutôt tendance à faire des efforts effrénés pour éviter toute critique, rejet ou humiliation, par exemple, en s'effaçant, en évitant les situations de vulnérabilité, ou, tel un caméléon, en étudiant les autres

afin de déterminer la façon avec laquelle se comporter dans l'espoir de passer inaperçus (Gabbard, 1989).

Wink (1991) serait le premier à avoir démontré empiriquement à la fois les éléments communs et distincts aux deux phénotypes (Zajenkowski et al., 2018). Dans cette étude pionnière, les résultats des analyses factorielles ont révélé une ramification du TPN en deux facteurs, soit un premier « *Grandiosité-Exhibitionnisme* » (phénotype grandiose) et un deuxième, « *Vulnérabilité-Sensibilité* » (phénotype vulnérable; Wink, 1991). L'échelle de « Vulnérabilité-Sensibilité » a été associée à de l'hostilité, à des sentiments d'inadéquation, de même qu'à des dispositions durables dans le temps d'introversion, d'internalisation, de faible confiance en soi et d'inconfort à assumer des rôles de leadership. En outre, les personnes correspondant au phénotype vulnérable ont été décrites par leurs partenaires comme ayant tendance à se montrer anxieuses, sur la défensive, amères, insatisfaites, émotives et de mauvaise humeur, en contraste au phénotype grandiose chez qui l'on a retrouvé plutôt des qualificatifs comme agressif, égocentrique, affirmé, centré sur soi et vantard (Wink, 1991). En résumé, comparativement au phénotype grandiose, le phénotype vulnérable représente des individus inhibés et modestes en apparence, mais qui nourrissent eux aussi intérieurement des idées de grandeur envers soi-même et envers autrui (Cooper & Michels, 1988; Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1989), bien qu'ils aient généralement moins de succès à se rapprocher de leurs fantaisies que leurs homologues grandioses (Lingiardi & McWilliams, 2017). Cette structure à deux facteurs a depuis été reproduite par plusieurs autres chercheurs (p. ex., Fossati et al., 2005; Rohmann et al., 2012).

2.1.3 Le trouble de la personnalité narcissique : les phénotypes grandiose et vulnérable

Plutôt que de présenter l'un ou l'autre des phénotypes, plusieurs cliniciens, chercheurs et théoriciens sont d'avis qu'une même personne puisse présenter des éléments tirés à la fois de la grandiosité et de la vulnérabilité (Gabbard, 1989; Kernberg, 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2009). Ainsi, il semblerait qu'une approche dimensionnelle, plutôt que catégorielle, soit plus appropriée pour décrire et définir les caractéristiques grandioses et vulnérables du TPN (Miller & Campbell, 2008). Gabbard (1989) mentionne que, bien que certains patients puissent manifester une forme « pure » de l'un ou l'autre des phénotypes, ceux-ci présentent, la plupart du temps, un mélange des caractéristiques grandioses et vulnérables. Cette observation est partagée par d'autres chercheurs qui soutiennent que toute personne avec un TPN présente une cooccurrence de caractéristiques grandioses et vulnérables, tant manifestes (observables) que dissimulées (cachées; Pincus & Lukowitsky, 2010; Pincus et al., 2014). Par ailleurs, selon certains (p. ex., Newcomb et al., 2024), la grandiosité pourrait servir à titre de mécanisme de défense contre la vulnérabilité. Par conséquent, l'hétérogénéité des présentations interindividuelles s'avèrerait simplement différents modes ou amalgames de *niveaux d'expression* des caractéristiques grandioses et vulnérables du trouble (Fossati et al., 2015; Pincus & Lukowitsky, 2010). Selon les travaux de Pincus et collègues (2009), sept domaines pathologiques parviennent à définir le TPN dans sa forme la plus exhaustive, alliant à la fois des caractéristiques grandioses—à savoir l'exploitation, l'autovalorisation par sacrifice de soi, les fantaisies grandioses et la supériorité des droits—et des caractéristiques vulnérables, soit précisément une estime de soi contingente, la dissimulation de soi et la dévalorisation d'autrui (Diguer et al., 2020).

Certains auteurs ajoutent au concept de cooccurrence des caractéristiques grandioses et vulnérables celui d'une fluctuation intraindividuelle, selon laquelle une personne présentant un TPN peut osciller d'un phénotype à l'autre (Diamond et al., 2014; Kernberg, 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2010), notamment en réponse aux interactions sociales (Kernberg, 2006), aux expériences, ou à d'autres facteurs externes ou environnementaux (Ronningstam, 2009; Ronningstam et al., 1995). Selon eux, la grandiosité et le sentiment de supériorité des personnes présentant un TPN peuvent ainsi se voir ébranlés par des élans d'insécurité (Kernberg, 1984, 2006, 2009), tout comme la vulnérabilité peut laisser place à des états grandioses (Caligor & Stern, 2020), menant certains à illustrer les deux phénotypes du TPN comme s'agissant des « deux faces d'une même pièce de monnaie » (Fossati et al., 2009; Levy, 2012). La durée, le contexte et la nature de ces oscillations restent toutefois à préciser (Edershile & Wright, 2020).

Ces théories demeurent à être solidement appuyées par la recherche, tant en ce qui concerne la possible cooccurrence de caractéristiques grandioses et vulnérables que la fluctuation entre ces deux phénotypes (Gore & Widiger, 2016; Miller et al., 2011). Néanmoins, les résultats d'une étude de Fossati et collègues (2015) réalisée auprès de populations clinique et non-clinique ont révélé différents amalgames de caractéristiques à la fois grandioses et vulnérables chez les individus étudiés. De plus, dans une étude menée par Gore et Widiger (2016), les personnes identifiées comme présentant le phénotype grandiose par des cliniciens et des professeurs en psychologie clinique avaient, selon leurs observations, également manifesté des caractéristiques vulnérables par le passé, et ce, de manière prolongée. Cette relation a également été observée chez les individus présentant un phénotype vulnérable, bien que de façon moins marquée. Ainsi, selon ces mêmes professionnels, les personnes correspondant au phénotype vulnérable du TPN

avaient elles aussi manifesté, à certains moments, plusieurs traits associés à la dimension grandiose, mais de manière plus brève et moins significative (Gore & Widiger, 2016). Les résultats de cette étude ont été répliqués par Hyatt et al. (2018), où des traits vulnérables présents pour une période significative ont été rapportés chez les individus correspondant au phénotype grandiose par des experts et non-experts. Toutefois, ces traits étaient observés exclusivement dans un contexte de réactivité émotionnelle face à une menace perçue à l'estime de soi ou au statut, alors que les autres traits de vulnérabilité, notamment en lien avec un affect négatif, une faible estime de soi ou un sentiment d'incompétence, n'étaient présents que chez le phénotype vulnérable (Hyatt et al., 2018). Aussi, les résultats d'une étude menée par Edershile et Wright (2020) ont mis en évidence une fluctuation intraindividuelle chez les individus grandioses, où leurs niveaux de grandiosité et de vulnérabilité se sont montrés variables dans le temps, et où l'amplitude de ces variations est ressortie d'autant plus grande chez les personnes présentant un niveau élevé de narcissisme (Edershile & Wright, 2020). Les individus présentant un profil vulnérable ont, quant à eux, manifesté un niveau élevé de vulnérabilité, accompagné d'une forte fluctuation de celui-ci dans le temps, tandis que leur niveau de grandiosité est demeuré généralement faible (Edershile & Wright, 2020). Ainsi, contrairement à la théorie voulant que les états de grandiosité et de vulnérabilité se succèdent (p. ex., Kernberg, 1975; Pincus et al., 2014), le patron observé de ces fluctuations ne s'est pas montré systématique (Edershile & Wright, 2020).

2.2 Mesures de gravité selon l'approche psychodynamique : l'identité diffuse

Le MATP proposé par le DSM-5 stipule que le « noyau d'une psychopathologie de la personnalité consiste en une altération des idées et des sentiments concernant le soi et les

relations interpersonnelles » figurant « au cœur du fonctionnement et de l'adaptation » (APA, 2013, p. 997). Plus précisément, on peut lire dans la section III du DSM-5 :

Les représentations mentales du soi et les relations interpersonnelles s'influencent réciproquement et sont intimement mêlées ... ; elles influencent la nature de l'interaction avec les professionnels de la santé mentale et peuvent avoir un impact significatif sur l'efficacité du traitement et sur l'issue des troubles ... , d'où l'importance de l'évaluation du concept de soi caractéristique d'un individu, aussi bien que des points de vue d'autres personnes ou relations. Bien que l'importance de la perturbation du soi et du fonctionnement interpersonnel soit distribuée de façon continue, il est utile d'apprécier le niveau d'altération du fonctionnement lors du bilan clinique, de la planification d'un traitement et de la formulation du pronostic. (APA, 2013, p. 1004)

Plusieurs théoriciens et cliniciens de l'approche psychodynamique adhèrent à cette conception des troubles de la personnalité et réfèrent aux perturbations des représentations mentales de soi et des relations interpersonnelles en termes d'identité diffuse et d'attachement insécurisant, respectivement. Selon eux, une identité diffuse et un attachement insécurisant constituent des facteurs de risque majeurs au développement d'un trouble de la personnalité et jouent un rôle déterminant dans la gravité de la pathologie (p. ex., Blatt & Levy, 2003; Bowlby, 1979; Caligor & Stern, 2020; Kernberg, 2006; Levy, 2005). C'est également sur la base de l'identité diffuse et de l'attachement insécurisant que reposent plusieurs des critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité présentés dans le PDM-2, tout comme l'évaluation de sa sévérité (Lingiardi & McWilliams, 2017).

2.2.1 Identité diffuse : une définition

Le DSM-5 définit l'identité saine ou normale comme l'« [e]xpérience de soi-même comme unique, avec des limites claires entre soi et les autres », une « stabilité de l'estime de soi et justesse dans sa propre évaluation », ainsi qu'une « capacité à réguler une gamme d'expériences émotionnelles » (APA, 2013, p. 1067). Dans son modèle théorique, Kernberg (1984) comprend quant à lui l'identité comme les multiples expériences de soi en relation avec

l'autre (Stern et al., 2010). L'identité est alors considérée comme pathologique, ou dite *diffuse*, lorsque les consciences de soi (qui suis-je?) et des autres (qui sont les autres?) se veulent confuses, irréalistes et instables. L'identité diffuse est souvent le produit du clivage, un mécanisme de défense qui maintient séparées les expériences positives et négatives de soi et des autres, lesquelles sont divisées en des fragments ou bien idéalisés, ou bien dépréciés (Kernberg, 2006; Lingardi & McWilliams, 2017). Ce manque d'intégration résulte en des consciences de soi et des autres qui sont rigides, polarisées (c.-à-d. « blanc ou noir », « tout bon ou tout mauvais ») et désorganisées, et par conséquent, inconformes à la réalité (Kernberg, 2006; Kernberg & Caligor, 2005). En raison du clivage, les perceptions de soi et d'autrui sont sujettes à alterner de façon contradictoire, voire à carrément osciller entre des extrêmes (Lingardi & McWilliams, 2017).

La faible intégration du concept de soi passé et présent complique la capacité à prédire le soi futur, rendant ainsi difficile la poursuite d'objectifs à long terme, tant professionnels que relationnels (Kernberg, 2006; Kernberg & Caligor, 2005). En effet, les individus présentant une identité diffuse sont souvent confrontés à des incongruences vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres, où leurs opinions, leurs préférences, leurs intérêts, leurs sentiments, leurs valeurs et leurs perceptions sont appelés à se montrer particulièrement instables et à fluctuer dans le temps ou à travers les contextes (Jørgensen et al., 2024; Kernberg & Caligor, 2005; Lingardi & McWilliams, 2017). Ces individus paraissent ainsi « passer d'un présent à l'autre et s'identifier complètement avec leur état affectif du moment » (traduction libre; Fuchs, 2007, p. 381; Jørgensen et al., 2024). Il en résulte ainsi des individus éprouvant du mal à savoir qui ils sont (Kernberg & Caligor, 2005) et qui rapportent être habités par un sentiment de vide ou d'ennui (Caligor & Stern, 2020; Kernberg, 1984). Aussi, en raison d'une faible intégration de la

conscience de soi par rapport à celle des autres, les personnes dont l'identité est diffuse présentent généralement des atteintes dans leur capacité à éprouver de l'empathie (Caligor & Stern, 2020). Elles ont tendance à entretenir un mode relationnel transactionnel, en plus d'être conflictuel et instable (Caligor & Stern, 2020; Kernberg & Caligor, 2005). Leur capacité d'introspection et la qualité de leurs relations tendent à être limitées en matière de profondeur, observables à travers une difficulté à se décrire et à décrire les autres au-delà d'attributs superficiels (Caligor & Stern, 2020; Dickinson & Pincus, 2003; Jørgensen et al., 2024; Karterud & Kongerslev, 2019; Kernberg, 1984). On dit ainsi des individus dont l'identité est diffuse qu'ils éprouvent des difficultés à comprendre et à être en relation avec les autres sans distorsion de la réalité (Lingiardi & McWilliams, 2017).

2.2.2 Identité diffuse et TPN : théories

Selon Kernberg, l'identité diffuse se trouve au cœur du TPN et représente la capacité du fonctionnement mental la plus déterminante en matière de diagnostic et de pronostic (Biberdzic et al., 2023; Kernberg, 2006, 2010). Similairement aux autres troubles présentant une organisation limite de la personnalité, le TPN se veut une conséquence directe d'importantes perturbations identitaires (Kernberg, 2006), quoiqu'une présentation grandiose puisse permettre de camoufler la nature diffuse de l'identité (Lingiardi & McWilliams, 2017). En effet, on retrouve chez le TPN un manque d'intégration de la conscience des autres, laquelle est accompagnée d'une conscience de soi dite « intégrée », mais dont la structure est pathologique et grandiose (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005). Cette structure donne ainsi, en surface, l'impression d'une meilleure capacité d'adaptation chez les individus présentant un TPN comparativement aux autres troubles sévères de la personnalité, quoique l'identité diffuse sous-jacente finit généralement par se révéler au cours du traitement psychothérapeutique (Kernberg

& Caligor, 2005). Alors que la structure de soi grandiose permet de camoufler l'identité diffuse pour un certain moment, le manque d'intégration de la conscience des autres, quant à lui, tend à l'exposer au grand jour, particulièrement dans les moments de dévalorisation d'autrui (Kernberg, 1984). Selon Kernberg, le soi pathologique dans le TPN « absorbe » les représentations de soi et des autres à la fois réelles et idéalisées pour former une conscience de soi idéalisée et irréaliste (Kernberg & Caligor, 2005). Le tout mène à un appauvrissement du système des valeurs internalisées, où des structures persécutrices tendent à être projetées sur l'autre, permettant ainsi d'expliquer les comportements antisociaux souvent observés chez les personnes présentant un TPN (Kernberg & Caligor, 2005).

Le MATP du DSM-5 décrit les perturbations de l'identité chez le TPN comme la « référence excessive à autrui pour la définition de soi-même et pour la régulation de l'estime de soi », une « appréciation de soi exagérée : celle-ci peut être enflée ou au contraire dévaluée ou osciller entre ces deux extrêmes », ainsi qu'une « régulation émotionnelle vari[ant] en fonction des fluctuations de l'estime de soi » (APA, 2013, p. 992). En effet, chez le TPN, le clivage assure la défense et la protection de la conscience de soi grandiose en évitant que celle-ci ne soit confrontée à son opposé qui est dévalorisé (Newcomb et al., 2024). Toutefois, puisque la structure de soi pathologique et grandiose se trouve plus ou moins efficace, elle tend à se laisser déstabiliser par certains facteurs externes, tels qu'une interaction sociale, un manque d'admiration ou un échec, qui amènent les fragments de soi idéalisés et dévalorisés à alterner entre eux (Biberdzic et al., 2023; Diamond et al., 2021; Newcomb et al., 2024). Ainsi, en présence d'individus considérés dociles, la conscience de soi grandiose tend à prendre le dessus, résultant en une démonstration d'arrogance, d'exploitation et d'un sens exagéré d'être important, alors qu'en présence d'individus plus dominants, celle-ci peut osciller vers une perception de soi

vulnérable, fragile et dévaluée, pouvant se traduire par des sentiments d'infériorité, d'insécurité, d'humiliation ou de honte, voire jusqu'à l'idéation suicidaire (Diamond et al., 2021; Newcomb et al., 2024). La polarité des consciences des autres explique quant à elle la difficulté des individus présentant un TPN à dépendre d'autrui (Diamond et al., 2021). Ainsi, d'une part, les autres sont dévalorisés et donc jugés comme une source peu intéressante en matière de support (Diamond et al., 2021). D'autre part, les autres sont idéalisés, menant les individus avec un TPN à ne pas se sentir suffisamment à la hauteur des standards de perfection projetés sur l'autre pour se laisser dépendre de ce dernier (Diamond et al., 2021). Ces distorsions, aussi bien des consciences de soi et des autres, contribuent ainsi aux difficultés interpersonnelles rapportées chez cette population (Biberdzic et al., 2023).

2.2.3 Identité diffuse et TPN : recension des recherches

Bien que certains auteurs aient examiné l'identité à travers diverses conceptualisations et opérationnalisations (p. ex., Cramer, 1995; Di Pierro et al., 2018; Kaufman et al., 2020), à notre connaissance, seules quelques études se sont intéressées aux liens empiriques unissant le TPN et l'identité diffuse telle que définie par Kernberg. Tout d'abord, Jørgensen et al. (2024) ont démontré que le nombre de critères rencontrés du TPN permet de prédire le score à la mesure de l'identité diffuse, alors que dans une étude menée par Newcomb et ses collègues (2024), l'identité diffuse s'est démarquée comme principal prédicteur du TPN parmi d'autres facteurs du fonctionnement pathologique de la personnalité théorisés par Kernberg dans son modèle de l'organisation de la personnalité limite, et ce, aussi bien pour le phénotype grandiose que vulnérable. Aussi, quelques études ont examiné les relations entre l'identité diffuse et les sept facteurs du *Pathological Narcissism Inventory* (PNI). Ainsi, Pincus et al. (2009) ont démontré que l'identité diffuse se trouve significativement corrélée à chacun des sept facteurs identifiés

par ces auteurs comme composant le TPN. Une étude plus récente ayant utilisé la version abrégée du même outil (B-PNI) a aussi obtenu des résultats similaires, où des associations positives et significatives ont été observées entre chacun des facteurs du TPN et l'ensemble des déficits d'intégration de l'identité étudiés (ou presque), à l'exception du facteur *Exploitation* du phénotype grandiose pour lequel aucune association significative n'a été relevée (Biberdzic et al., 2023). Pour le phénotype grandiose du trouble, les associations significatives se sont avérées de faible amplitude, alors que pour la dimension vulnérable, celles-ci varient de faibles à modérées pour le facteur *Dévalorisation d'autrui*, ainsi que modérées à fortes pour les facteurs *Estime de soi contingente* et *Dissimulation de soi*. Par ailleurs, les résultats obtenus par Biberdzic et al. (2023) ont montré que certains déficits dans l'intégration de l'identité médient entièrement la relation entre le phénotype grandiose et les problèmes interpersonnels, et partiellement la relation entre ceux-ci et le phénotype vulnérable. Plus précisément, des représentations de soi instables, de faibles capacités d'autoréflexion, ainsi qu'un manque de détermination dans la vie jouent un rôle significatif dans ces associations (Biberdzic et al., 2023).

2.3 Mesures de gravité selon l'approche psychodynamique : l'attachement insécurisant

Selon Kernberg (2006), l'attachement insécurisant se veut un facteur de risque considérable à la diffusion de l'identité et à l'organisation limite de la personnalité, et l'identité diffuse joue, à son tour, un rôle prépondérant quant à la gravité subséquente de la pathologie, c'est-à-dire dans le *niveau d'organisation* de la personnalité (Caligor & Stern, 2020). En ce qui concerne le TPN à proprement parler, Kernberg le définit ainsi comme un trouble de gravité variable, ayant au cœur une identité diffuse—laquelle se compose d'une structure du soi grandiose (estime de soi pathologique)—typiquement accompagnée d'un attachement insécurisant (Diamond et al., 2021; Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005).

2.3.1 Attachement insécurisant chez l'adulte : une définition

Tel que conceptualisé par Bowlby (1977), l'attachement—et la théorie qui en découle—correspond à la propension d'un individu à développer et à maintenir des liens affectifs de proximité avec des personnes significatives, comme des partenaires amoureux, des amis ou des membres de la famille, ainsi que la manière dont celui-ci développe et maintient ces relations au fil du temps (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'attachement joue un rôle dans la qualité des relations interpersonnelles et contribue à expliquer une vague de difficultés vécues à l'âge adulte, comme la psychopathologie, incluant le développement d'un trouble de la personnalité (Bowlby, 1977). Bien que l'attachement ne soit pas complètement immuable une fois adulte, ses racines prennent forme à la petite enfance et, à ce stade, reposent principalement sur le degré auquel l'enfant parvient à dépendre et à compter sur ses figures d'attachement significatives pour assouvir ses besoins de sécurité (Ainsworth et al., 1978; Brennan et al., 1998). La qualité de l'attachement ainsi développée sert ensuite de modèle relationnel, duquel est intégrée toute expérience avec l'autre (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973; Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1987; Rosenberg & Kosslyn, 2014; Simpson et al., 1992). Ce modèle relationnel, ou *style d'attachement*, fait ainsi référence aux différents profils en matière d'attentes, d'émotions et de comportements en contexte de relations interpersonnelles, dont l'historique sert de guide dans la régulation des affects en plus de moduler les relations subséquentes avec l'autre (Fraley & Shaver, 2000; Guédeney et al., 2009; Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002). C'est donc à partir du style d'attachement développé à l'enfance que s'appuie grandement l'adulte vis-à-vis de son sentiment de valeur personnelle, de même que ses attentes envers l'autre en matière de confiance, de disponibilité et de fiabilité (Bretherton, 1991; Rosenberg & Kosslyn, 2014; Schmitt et al., 2004).

Selon la théorie avancée par Shaver et Mikulincer (2008), le système d'attachement à l'âge adulte se compose de trois éléments, suivant un principe de « *si-alors* ». Grossièrement, selon cette théorie, le système d'attachement est activé lorsqu'un danger se présente, menant l'individu à se référer à et à rechercher la proximité d'une figure d'attachement externe ou internalisée (Shaver & Mikulincer, 2008). En fonction de la disponibilité, de la réponse et de l'attention accordée par cette figure d'attachement, l'individu se trouve ainsi rassuré—promouvant une sécurité de l'attachement—ou à l'inverse, se trouve dans un état de stress ou de détresse d'autant plus grand qui découle de l'insensibilité témoignée par la figure d'attachement sollicitée, promouvant une insécurité de l'attachement (Shaver & Mikulincer, 2008). Lorsque la figure d'attachement ne parvient pas à reconforter les besoins de sécurité, l'individu se questionne alors à savoir si une nouvelle tentative de recherche de proximité demeure une option viable (Shaver & Mikulincer, 2008). Si tel est le cas, il y a alors mise en place de stratégies d'hyperactivation, desquelles s'ensuit une hypervigilance accrue aux signes du danger et de l'attachement (Shaver & Mikulincer, 2008). Dans le cas contraire, des stratégies de désactivation sont plutôt employées, de sorte que l'individu se distance des signes du danger et de l'attachement (Shaver & Mikulincer, 2008). Ce système est dit sensible au contexte et à la personnalité (Shaver & Mikulincer, 2008).

Selon les travaux de Simpson et al. (1992), les styles d'attachement ne se limitent pas à des mesures globales du fonctionnement ou de la qualité des relations, mais représentent plutôt un domaine d'application spécifique pouvant être regroupé en trois catégories: la *demande* de soutien, les *réactions* au soutien et l'*offre* de soutien. Ainsi, de façon observable, l'attachement chez l'adulte se démontre, entre autres, par l'équilibre existant entre la capacité à faire preuve de vulnérabilité et de dépendance envers l'autre en cas de besoin (et à croire en la bienveillance de

ce dernier), et la capacité à démontrer un certain niveau d'autonomie pour surmonter l'épreuve en question (Guédeney et al., 2009). Il se démontre également dans la capacité de l'individu à offrir réconfort aux personnes significatives à son tour (Brennan et al., 1998). Ainsi, tout comme à l'enfance, l'attachement à l'âge adulte repose en grande partie sur le sentiment de sécurité dans les relations interpersonnelles (Guédeney et al., 2009).

Lorsque la qualité de l'attachement développé à l'enfance est sous-optimale, par exemple en raison de figures d'attachement indisponibles ou incohérentes dans leur réponse aux besoins de sécurité de l'enfant, l'enfant internalise un modèle inadapté des consciences de soi et/ou des autres, lequel tend à perdurer dans le temps, l'amenant ainsi à maintenir un attachement insécurisant une fois adulte (Bennett, 2006; Bowlby, 1973; Fonagy, 2001, 2003; Levy et al., 2015; Pollard et al., 2023), à moins d'une reconfiguration significative de ce modèle, notamment via de nouvelles figures d'attachement ou la psychothérapie (Bennett, 2006; Cortina, 2003). Les adultes dont l'attachement est insécurisant tendent à éprouver des difficultés à répondre à la fois à leurs propres besoins et à ceux de leurs proches, en raison du centre d'intérêt égocentrique que sollicitent les inquiétudes et les défenses liées à leur attachement (Mikulincer & Shaver, 2005; Parker et al., 2012). Par conséquent, la recherche démontre que les relations interpersonnelles sont plus fréquemment associées à des affects négatifs et moins fréquemment associées à des affects positifs chez les personnes présentant un attachement insécurisant, en plus d'être jugées globalement moins satisfaisantes (Simpson, 1990; Simpson et al., 1992).

Attachement insécurisant chez l'adulte : les types. L'attachement insécurisant chez l'adulte est le plus souvent décrit au moyen de deux *types* : le type évitant et le type anxieux (Biberdzic et al., 2023). Quatre patrons distincts ont été identifiés à partir des différentes combinaisons possibles de ces deux types d'attachement, reflétant la nature, ou bien positive, ou

bien négative des modèles internalisés de soi et de ceux des autres (Bartholomew & Horowitz, 1991; Biberdzic et al., 2023). On réfère à ces patrons comme des *styles* d'attachement, lesquels décrivent le mode habituel d'un individu en matière d'attentes, de besoins, d'émotions et de comportements en contexte de relation interpersonnelle, particulièrement en ce qui concerne les relations proches (Shaver & Mikulincer, 2008). De ces quatre styles d'attachement, trois sont de nature insécurisante, soit les styles *anxieux* (ou préoccupé), *évitant* (ou distant) et *crainitif-évitant* (ou désorganisé; Bartholomew & Horowitz, 1991; Diamond et al., 2014; Smolewska & Dion, 2005).

Le *type évitant* correspond à la réticence et à l'évitement de l'intimité, et coïncide avec des représentations mentales négatives d'autrui (Láng et al., 2012; Meredith et al., 2011; Smolewska & Dion, 2005). Il caractérise des individus généralement émotionnellement distants et inconfortables, voire apeurés à l'idée de développer des relations d'intimité avec l'autre (Simpson et al., 1992). Les individus s'identifiant à ce type d'attachement ont tendance à faire preuve de méfiance et de suspicion envers les intentions d'autrui, de même qu'à anticiper les expériences interpersonnelles négatives, et préfèrent ainsi souvent maintenir une certaine distance émotionnelle dans leurs relations (Brennan et al., 1998; Kernberg, 1984; Levy et al., 2015). Il va sans dire qu'ils tendent à éprouver un inconfort à dépendre et à développer un lien d'intimité avec les autres (Biberdzic et al., 2023; Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1987). Les individus présentant un attachement évitant se trouvent ainsi habituellement assez réticents à s'engager—selon eux, toutefois, ce sont plutôt les autres qui se précipitent dans les relations (Simpson, 1990). De ce type d'attachement découle directement le *style évitant* (ou *distant*) qui décrit un niveau élevé d'évitement combiné à un faible niveau d'anxiété dans l'attachement, et qui est typiquement associé à des représentations mentales positives de soi et

negatives d'autrui (Meredith et al., 2011). Lorsque confrontées à des sentiments d'insécurité et de détresse, les personnes présentant ce style d'attachement tendent à adopter des stratégies de désactivation de l'attachement et des affects (p. ex., via le refoulement ou la suppression émotionnelle; Levy et al., 2015; Parker et al., 2012; Shaver & Mikulincer, 2008), de même qu'à accorder une importance exagérée à l'autonomie et à l'indépendance (Miller et al., 2011). Elles ont alors tendance à minimiser ou à nier l'importance de leurs besoins d'attachement, ayant internalisé un modèle des autres comme étant rejetant (Bartholomew & Horowitz, 1991; Parker et al., 2012).

De son côté, le *type anxieux* correspond au niveau d'anxiété de séparation dans les relations et est associé à des représentations mentales négatives de soi (Láng et al., 2012; Meredith et al., 2011; Smolewska & Dion, 2005). Il décrit des individus souvent perçus comme émotionnellement dépendants et exigeants dans leurs relations interpersonnelles significatives (Hazan & Shaver, 1987; Larsen & Buss, 2009). En effet, ces personnes peuvent nécessiter plus souvent d'être rassurées et validées par leurs proches (Biberdzic et al., 2023), de même que démontrer des comportements de dépendance affective (Abdul Kadir, 2020). Les personnes présentant un type d'attachement anxieux tendent également à faire preuve davantage d'obsession et de jalousie, ainsi qu'à éprouver de la difficulté à faire confiance et à percevoir leur partenaire comme une source fiable de support affectif (Simpson et al., 1992). Ces adultes ressentent généralement un fort désir de proximité avec leur partenaire, quoiqu'à leur avis, ce désir ne serait pas partagé, ce qui génère un sentiment d'être mal-aimé (Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1987; Simpson et al., 1992). Ils sont d'ailleurs particulièrement sensibles aux signes de rejet ou d'abandon—qu'ils soient réels ou anticipés—ce qui entraîne une grande détresse (Biberdzic et al., 2023). Paradoxalement, leur intense désir d'intimité—difficile à

combler—a souvent pour effet d'effrayer et d'éloigner les autres (Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1987; Shaver & Mikulincer, 2008), confirmant ainsi leurs craintes (Biberdzic et al., 2023). Ces individus tendent donc à se sentir fréquemment préoccupés par l'état de leurs relations, surtout en ce qui concerne leurs relations de proximité (Levy et al., 2015; Rosenberg & Kosslyn, 2014), et se trouvent souvent envahis par la peur qu'une relation significative prenne fin ou qu'elle ne soit pas pleinement réciproque (Miller et al., 2011). Du type anxieux découle le *style d'attachement anxieux* (aussi appelé *préoccupé*), lequel est associé à un faible niveau d'évitement dans les relations jumelé à un haut niveau d'anxiété, et témoigne de représentations mentales négatives de soi et positives des autres (Meredith et al., 2011). Bien qu'elles parviennent à faire preuve d'autodévoilement avec autrui, ces personnes affichent une tendance à le faire de façon inappropriée (Bartholomew & Horowitz, 1991). De plus, les relations de proximité tendent à susciter chez ces individus davantage d'émotions négatives et intenses (p. ex., jalousie, colère, peur), lesquelles leur sont difficiles à réguler (Levy et al., 2015; Parker et al., 2012). On observe d'ailleurs chez eux une expressivité émotionnelle plus marquée (Bartholomew & Horowitz, 1991). Pour tenter de réguler leurs émotions, ces personnes tendent à employer des stratégies d'hyperactivation du système de régulation de l'attachement et des affects, notamment en redoublant d'efforts pour tenter d'obtenir le réconfort et la proximité désirés (Shaver & Mikulincer, 2008). Elles semblent, par ailleurs, entretenir la conviction qu'elles pourraient parvenir à se sentir en sécurité si seulement les autres les traitaient comme il se doit (Brennan et al., 1998).

Bien que le style d'attachement reflète généralement la manière dont un individu établit et maintient des liens affectifs dans la plupart de ses relations interpersonnelles (*style global*), il peut différer en fonction de certaines relations spécifiques (*style propre à une relation*; Shaver &

Mikulincer, 2008). Le style d'attachement peut également varier dans le temps et il est possible qu'un individu présente des éléments propres à plus d'un style d'attachement à la fois (Bartholomew & Horowitz, 1991). Par ailleurs, selon certaines études longitudinales, le sentiment de sécurité dans l'attachement tend s'accroître avec la maturité (Dinero et al., 2022). Cela est surtout vrai en ce qui concerne le type anxieux, où une diminution de l'anxiété dans les relations est observée en fonction de l'âge chez l'adulte (Dinero et al., 2022). Enfin, bien que souvent conceptualisés de façon catégorielle dans la littérature, ces types et styles d'attachement sont les plus probablement dimensionnels dans leur nature (Karterud & Kongerslev, 2019), où chaque personne est présumée avoir différents styles d'attachement à différents degrés (Iranian Pehrabad et al., 2016).

2.3.2 Attachement insécurisant chez l'adulte et TPN : théories

D'un point de vue théorique, le monde affectif des personnes présentant un TPN est considéré en soi comme pathologique, bien qu'adaptatif en apparence (Akhtar & Thomson, 1982). Kernberg (1967) va même jusqu'à postuler que ces individus soient théoriquement incapables d'aimer (Akhtar & Thomson, 1982). Le TPN est ainsi associé à la présence d'un attachement insécurisant (Diamond et al., 2014; Kernberg, 2006), où ce dernier se voudrait la manifestation d'un mécanisme de défense, particulièrement chez ceux dont la vulnérabilité narcissique est élevée (Pistole, 1995). L'usage de mécanismes de défense tels que la dévaluation d'autrui, le contrôle omnipotent et le retrait, permet aux personnes qui présentent un TPN de se protéger de la jalousie intense et chronique qu'elles ressentent, observable à travers leur mépris, ou encore, leur attachement anxieux ou évitant à l'égard des personnes qu'elles admirent ou qu'elles envient secrètement (Akhtar & Thomson, 1982; Kernberg, 1975). Ces personnes sont, par ailleurs, particulièrement méfiantes envers l'autre—ce qui est d'autant plus vrai pour le

phénotype vulnérable (Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2017)—les incitant ainsi à se montrer distantes dans leurs relations interpersonnelles et à présenter des problèmes d'intimité, en plus d'éprouver de grandes difficultés à dépendre d'autrui (Kernberg, 1984; Ronningstam, 2009). En outre, les personnes avec un TPN se trouvent davantage orientées vers la cognition que vers l'affect, menant à une pseudomentalisation, c'est-à-dire à une compréhension superficielle des autres (Karterud & Kongerslev, 2019). Enfin, le manque de motivation intrinsèque à être en relation avec l'autre que démontrent certains de ces individus est cohérent avec un style d'attachement évitant, alors que la motivation extrinsèque à être en relation tend plutôt à refléter un style d'attachement anxieux (Schalkwijk et al., 2021).

2.3.3 Attachement insécurisant chez l'adulte et TPN : recension des recherches

D'un point de vue empirique, les recherches sur l'attachement et le TPN donnent lieu à des résultats contradictoires et mitigés qui remettent parfois en doute certaines propositions théoriques.

D'abord, similairement à la théorie qu'avait proposée Bowlby (Blatt & Levy, 2003), Westen et al. (2006) ont démontré des corrélations partielles significatives et de nature positive entre le TPN et le style d'attachement évitant. À l'inverse, Kealy et ses collègues (2013) ont observé chez une population psychiatrique des associations significatives entre le TPN et le type anxieux de l'attachement, mais pas avec le type évitant, alors que dans une étude menée par Fossati et al. (2015), le score total au PNI—outil visant à mesurer le TPN sous toutes ses facettes—s'est avéré significativement et considérablement associé aux deux types d'attachement, et ce, aussi bien chez des participants non-cliniques que cliniques.

Toutefois, lorsque les phénotypes grandiose et vulnérable sont pris en considération, des tendances un peu plus claires et cohérentes se dessinent.

Ainsi, pour le phénotype grandiose, la plupart des études a observé une absence de lien significatif entre l'attachement et ce phénotype (Fossati et al., 2015; Kaufman et al., 2020), ou encore, des associations négatives faibles à nulles pour le type d'attachement évitant, ainsi que de faible amplitude pour le type anxieux (Miller et al., 2010, 2011). Les résultats de ces études concordent avec ceux obtenus par Dickinson et Pincus (2003), où la majorité des individus s'identifiant au phénotype grandiose a rapporté des styles d'attachement sécurisant et évitant, cohérents avec des modèles positifs de soi. À l'inverse, une étude plus récente a quant à elle mis en évidence des relations positives significatives entre le phénotype grandiose du TPN et les trois styles d'attachement insécurisant résultant des différentes combinaisons possibles des deux types d'attachement insécurisant, évitant et anxieux (Biberdzic et al., 2023). En d'autres termes, les résultats de cette étude montrent que le phénotype grandiose est associé à des consciences de soi—tout comme celles d'autrui—à la fois positives et négatives, laissant entrevoir, selon les auteurs, l'implication d'un mécanisme de clivage (Biberdzic et al., 2023).

En ce qui a trait au phénotype vulnérable, les études démontrent généralement des corrélations positives avec l'attachement insécurisant, dont l'intensité varie de faible à forte, et ce, aussi bien pour le type d'attachement évitant que le type anxieux (Fossati et al., 2015; Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2010, 2011). Des études s'intéressant plutôt aux styles d'attachement révèlent des tendances similaires, où les individus s'identifiant au phénotype vulnérable rapportent principalement des styles d'attachement anxieux et craintif-évitant, lesquels reflètent des représentations négatives de soi (Biberdzic et al., 2023; Dickinson & Pincus, 2003). Par ailleurs, les personnes présentant un style d'attachement anxieux ou craintif-évitant ont également montré des déficits plus marqués en matière d'intégration de l'identité et de

fonctionnement interpersonnel, comparativement aux autres styles d'attachement (Biberdzic et al., 2023).

Enfin, d'autres études connexes se sont également penchées sur les relations entre le TPN et l'attachement (p. ex., Otway & Vignoles, 2006; Smolewska & Dion, 2005), quoique les produits de ces recherches peuvent difficilement être transposés au contexte de la présente étude, en raison de différences conceptuelles importantes au niveau de l'opérationnalisation des dimensions du TPN (p. ex., manifeste/dissimulé).

2.4 Mesure de gravité selon le réseau de la santé : la détresse psychologique

Au Québec, l'évaluation des troubles mentaux, desquels fait partie tout trouble de la personnalité, constitue un acte réservé aux médecins et psychologues (Gouvernement du Québec, 2021). Certains troubles mentaux peuvent également être évalués par des conseiller d'orientation, des infirmiers ou des sexologues, à condition que ces professionnels soient reconnus comme *habiletés* à le faire par leur ordre professionnel respectif (Gouvernement du Québec, 2021). Dans la section II dite « officielle » du DSM-5—à laquelle se réfère le plus couramment les professionnels de la santé—c'est la présence d'une détresse psychologique, ou à tout le moins, d'une altération du fonctionnement, qui figure comme critère essentiel au diagnostic de tout trouble de la personnalité, incluant le TPN (APA, 2013). En d'autres termes, selon le DSM-5, c'est la présence d'une détresse psychologique et/ou d'une altération du fonctionnement significative qui détermine si le syndrome narcissique présenté par un individu (critère A rempli) justifie le diagnostic d'un TPN. C'est d'ailleurs ce que prévoit le Code des professions du Québec, qui définit l'acte réservé qu'est l'*évaluation d'un trouble mental* de la façon suivante :

L'évaluation d'un trouble mental, dans le contexte de la réserve d'activités, consiste à porter un jugement clinique, à partir des informations dont le professionnel dispose, sur la

nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales » et à en communiquer les conclusions. Il est attendu des professionnels mandatés qu'ils exercent avec compétence, ce qui signifie que cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux, notamment les deux classifications les plus utilisées actuellement en Amérique du Nord, soit la [*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*] CIM et le DSM. (Gouvernement du Québec, 2021, p. 13)

Dans le réseau de la santé, la détresse psychologique se veut ainsi un facteur important à considérer dans la démarche d'évaluation des troubles psychologiques et de leur gravité (Perreault, 1989). Malgré une certaine confusion entourant les liens entre la détresse psychologique et TPN—au point de susciter des interrogations quant à la pertinence de ce critère dans le diagnostic du trouble (Miller et al., 2007)—plusieurs auteurs soutiennent que la détresse psychologique demeure un élément essentiel à considérer pour bien comprendre cette psychopathologie qu'est le TPN (Dickinson & Pincus, 2003; Russ et al., 2008).

2.4.1 Détresse psychologique : une définition

Bien qu'il soit tout à fait normal pour tout être humain de vivre des moments de détresse de temps à autre, dans le contexte d'un trouble de la santé mentale, la détresse psychologique se définit comme un état de souffrance disproportionné par rapport à une situation donnée (Rosenberg & Kosslyn, 2014). Comme tous les autres troubles de la personnalité, le TPN doit constituer une source de détresse psychologique, ou à tout le moins, entraver le fonctionnement d'un individu de façon significative, afin de faire l'objet d'un diagnostic selon le DSM-5 (APA, 2013; Miller et al., 2007). Dans son glossaire, le DSM-5 conçoit la détresse psychologique comme une « gamme de symptômes et d'expériences de la vie intérieure d'une personne qui sont communément considérés comme inquiétants, déroutants ou sortant de l'ordinaire » (APA, 2013, p. 1061). La détresse psychologique se désigne ainsi par l'expérience subjective d'une souffrance mentale significative et des symptômes qui y sont associés (APA, 2013). De façon la plus

courante, la détresse psychologique se manifeste par des symptômes de nature anxieuse et dépressive (Perreault, 1989). C'est d'ailleurs sur la base de ces symptômes anxiodépressifs que la société d'État *Santé Québec* a opérationnalisé la détresse psychologique dans son enquête provinciale sur la santé mentale de la population québécoise, en y incluant également les risques suicidaires (Perreault, 1989). Puisqu'elle est commune à plusieurs psychopathologies, la détresse psychologique est ainsi considérée l'un des indices les plus cliniquement importants dans l'évaluation des troubles de la santé mentale (Perreault, 1989). D'ordre général, l'évaluation de la détresse psychologique est effectuée par un professionnel de la santé, soit uniquement sur la base de son jugement clinique, soit avec l'appui de tests standardisés autorapportés, et les symptômes sont rapportés par la personne concernée, plutôt qu'observés par une tierce personne (APA, 2013; Daoust, 2003).

2.4.2 Détresse psychologique et TPN : théories

Le TPN constitue rarement le motif de consultation initial chez les personnes qui en souffrent (Rosenberg & Kosslyn, 2014). Pourtant, malgré leur flamboyance et leur grandiosité, les personnes présentant un TPN peuvent dissimuler un état de détresse psychologique (Diamond et al., 2014). Chez cette population, la détresse psychologique tend à être vécue comme de l'anxiété diffuse ou de la dépression caractéristique d'un « syndrome limite » qui se manifestent, entre autres, par des sentiments de vide, d'ennui et d'impuissance (Kernberg, 1975, 1984, 2007; Pincus et al., 2009; Ronningstam, 2009). Le phénotype vulnérable du TPN a d'ailleurs été particulièrement associé à la détresse psychologique dans la littérature (Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2017). On dit qu'il arrive même aux individus présentant ce phénotype de se « suridentifier » à leur détresse et à l'interpréter sous un angle de grandiosité, se considérant « plus souffrants » que quiconque (Levy, 2012). De plus, chez les personnes ayant un TPN en

apparence fonctionnel et asymptomatique, la détresse psychologique pourrait s'avérer détournée ou simplement masquée (Ronningstam, 2009). Il convient également de noter que la détresse psychologique ressentie par les personnes présentant un TPN peut être d'autant plus sous-estimée en raison de leur propension à nier leur vulnérabilité, laquelle constitue d'ailleurs une caractéristique du trouble, surtout en ce qui concerne le phénotype grandiose (Hewitt et al., 2003; Ronningstam, 2010).

2.4.3 Détresse psychologique et TPN : recension des recherches

Tout d'abord, une étude par Miller et ses collègues (2007) a révélé des associations significatives entre le TPN et la détresse psychologique, notamment la présence de symptômes anxieux et dépressifs, et la persistance de cette souffrance a été observée six mois plus tard. Toutefois, cette relation s'est avérée modeste et largement médiée par l'altération du fonctionnement, notamment lors de périodes de vulnérabilité liées à des échecs professionnels ou à des difficultés interpersonnelles (Miller et al., 2007).

Lorsqu'une attention particulière est portée aux différents phénotypes du TPN, certaines études montrent que le phénotype grandiose n'est pas significativement associé à la détresse psychologique globale, y compris aux symptômes d'anxiété et de dépression (Miller et al., 2010, 2011). Dans d'autres, on observe des associations négatives entre ce phénotype et la détresse, bien que ces liens soient médiés par d'autres variables (Leniarska & Zajenkowski, 2022; Papageorgiou et al., 2019). Par exemple, dans l'étude de Leniarska et Zajenkowski (2022), cette relation est entièrement médiée par la perception que les individus ont de leur propre intelligence, tandis que dans celle de Papageorgiou et al. (2019), c'est la force mentale (*mental toughness*) qui joue un rôle médiateur. Par ailleurs, une étude antérieure menée par Wink (1991) a révélé que l'absence de détresse rapportée chez les individus présentant le phénotype grandiose

ne témoigne pas pour autant d'une bonne santé psychologique. Quant au phénotype vulnérable, celui est corrélé positivement et modérément à l'anxiété, ainsi que de façon modérée à forte à la dépression et à la détresse de manière globale (Miller et al., 2010, 2011). Une étude portant sur la santé psychologique a elle aussi mis en évidence des associations significatives entre ce phénotype et l'anxiété (Wink, 1991). Par ailleurs, on remarque la dynamique inverse de celle observée pour le phénotype grandiose en ce qui concerne les liens unissant le phénotype vulnérable, la force mentale et la détresse psychologique, à savoir que le phénotype vulnérable est associé à une moindre force mentale (médiateur), et conséquemment, à davantage de symptômes dépressifs (Papageorgiou et al., 2019).

D'autres recherches ont aussi mesuré la détresse psychologique selon des contextes spécifiques, notamment via les relations interpersonnelles ainsi que l'utilisation de services de traitement. Plus précisément, Pincus et al. (2009) ont observé une corrélation positive entre le TPN et la détresse interpersonnelle. Une autre étude ayant examiné la détresse sous un angle relationnel a mis en évidence une détresse significative liée aux problèmes dans les relations interpersonnelles chez les individus s'identifiant au phénotype vulnérable, contrairement à ceux s'identifiant au phénotype grandiose, qui ont nié éprouver une telle détresse (Dickinson & Pincus, 2003). Par ailleurs, Miller et al. (2007) ont observé de plus fortes associations entre le TPN et la détresse psychologique chez les proches, de sorte que les personnes présentant un TPN sont plus susceptibles de générer des sentiments de détresse chez leur entourage que d'en être accablés eux-mêmes.

Pincus et ses collègues (2009) se sont, quant à eux, intéressés à mesurer la détresse de manière indirecte, soit selon la propension de ces individus à recourir à des services de traitement et à les poursuivre. Les résultats de leur recherche montrent que les traits narcissiques grandioses

sont souvent associés à une moindre utilisation des services de traitement, se traduisant notamment par un plus grand nombre d’annulations ou d’absences aux rendez-vous en thérapie, une utilisation réduite de la médication, ainsi qu’un contact réduit avec les hospitalisations partielles et les admissions en milieu hospitalier (Pincus et al., 2009). À l’inverse, les caractéristiques vulnérables semblent plutôt favoriser l’utilisation de traitements, comme en témoigne un contact plus fréquent avec les services de crise, un plus grand nombre d’hospitalisations partielles, ainsi qu’un nombre réduit de rendez-vous manqués en thérapie (Pincus et al., 2009). Ces données suggèrent que les professionnels du domaine de la santé mentale sont ainsi plus susceptibles de rencontrer des personnes présentant un TPN dans un état de vulnérabilité plutôt que de grandiosité (Pincus et al., 2009).

2.5 Conclusions sur la recension des écrits

En guise de sommaire, même si la théorie veut que les perturbations identitaires soient au cœur du TPN (Kernberg, 2006) et que des liens aient été empiriquement démontrés entre le TPN et l’identité diffuse (p. ex., Pincus et al., 2009), il demeure difficile de tirer des conclusions sur cette relation, notamment en raison du manque criant de recherche à cet effet. Cela est d’autant plus vrai vis-à-vis des spécificités propres à chacun des phénotypes du trouble. Il semble que les caractéristiques de vulnérabilité puissent être associées à des problèmes identitaires plus marqués que celles de grandiosité (Biberdzic et al., 2023), mais d’autres études sont nécessaires pour supporter cette observation.

Dans le cadre de l’attachement, bien qu’un plus grand nombre d’études s’y soit intéressé et que les deux phénotypes du TPN soient mieux pris en compte, les résultats présentent certaines contradictions en ce qui concerne le phénotype grandiose du trouble. En effet, alors que le phénotype vulnérable du TPN démontre des associations positives à la fois avec le type

anxieux et le type évitant de l'attachement (p. ex., Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2010, 2011), et donc, avec les styles d'attachement anxieux et craintif-évitant (p. ex., Biberdzic et al., 2023; Dickinson & Pincus, 2003), le phénotype grandiose a quant à lui été associé à des associations parfois négatives (p. ex., Miller et al., 2010, 2011), parfois nulles avec le type anxieux de l'attachement (p. ex., Kaufman et al., 2020), et parfois négatives (p. ex., Miller et al., 2010), parfois nulles avec le type évitant de l'attachement (p. ex., Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2011). Ce phénotype présente des résultats d'autant plus contradictoires en matière de styles d'attachement, passant d'une absence de liens significatifs avec l'attachement (p. ex., Kaufman et al., 2020) à une association significative avec les trois styles possibles d'attachement insécurisant (Biberdzic et al., 2023).

Quant à la détresse psychologique, les résultats sont complexifiés, puisqu'ils sont parfois médiés par certaines sphères du fonctionnement (p. ex., Miller et al., 2007), ou encore, examinés dans des contextes précis (p. ex., Dickinson & Pincus, 2003; Pincus et al., 2009), en plus de ne s'appuyer encore une fois que sur une maigre base de données empiriques. On rapporte également que les individus présentant un TPN sont plus susceptibles de provoquer de la détresse chez leurs proches, plutôt que d'en éprouver elles-mêmes (Miller et al., 2007). Néanmoins, selon quelques études, le phénotype grandiose tend à montrer des associations nulles ou négatives avec les symptômes de la détresse psychologique (p. ex., Miller et al., 2010, 2011), sans pour autant que cela témoigne d'une bonne santé psychologique (Wink, 1991). Le phénotype vulnérable se veut, quant à lui, davantage corrélé à la présence d'une détresse psychologique significative (p. ex., Miller et al., 2010, 2011; Wink, 1991).

Pour conclure, malgré l'apparence de consensus théoriques sur ces variables, l'état actuel de la recherche ne permet pas de discerner les rôles propres à chacune dans la sévérité du TPN,

ce qui est d'autant plus vrai lorsque l'on s'intéresse à une opérationnalisation du TPN qui inclut les caractéristiques vulnérables du trouble. C'est pourquoi la présente étude vise à examiner dans quelle mesure l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique permettent de prédire statistiquement la gravité du TPN, et ce, au sein d'échantillons clinique et non clinique. Cette constellation de variables nous apparaît importante afin de pouvoir mieux guider les cliniciens dans leur évaluation de la gravité d'un TPN, ainsi que dans leur réflexion face aux stratégies de traitement à privilégier.

2.6 Objectifs et hypothèses

Dans le but de contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de ce trouble et de parvenir à développer des plans de traitement plus ciblés et efficaces pour cette population, la présente étude vise à examiner la contribution relative de l'identité diffuse, de l'attachement insécurisant et de la détresse psychologique face à la gravité du TPN. Cette étude s'inscrit dans un projet plus vaste sur la personnalité et les troubles de la santé mentale dirigé par le directeur de la présente étude, M. Sébastien Larochelle, Ph. D. Dans ce projet mère, les données avaient été recueillies dans un centre de traitement et de réadaptation destiné aux hommes aux prises avec un problème de toxicomanie (alcool, drogues et/ou médicaments). Ces données représentent l'échantillon clinique de la présente étude. Puisque l'étude actuelle se veut une continuation de ce projet, et puisque le TPN s'avère statistiquement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (Stinson et al., 2008), des hommes cisgenres ont été recrutés dans la population générale pour former l'échantillon non-clinique, à des fins de validité externe.

Considérant le caractère relativement exploratoire de cette recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes, au meilleur de la littérature disponible à ces sujets :

Hypothèse 1. D’abord, nous postulons que l’identité diffuse est en mesure de prédire statistiquement la gravité du TPN chez une population clinique composée d’hommes. Plus précisément, nous croyons que plus l’identité est diffuse, plus la sévérité de la pathologie est importante. Cette hypothèse est cohérente avec les théories proposées par Kernberg, à savoir que l’identité diffuse figure parmi les bases du développement d’un TPN et que la sévérité des perturbations identitaires est davantage marquée chez les individus présentant un bas niveau de fonctionnement comparativement à ceux dits « hautement fonctionnels » (Diamond et al., 2021; Kernberg, 1984).

Hypothèse 2. Similairement, nous pensons que l’attachement insécurisant prédit la gravité du TPN chez une population clinique composée d’hommes. Ainsi, à notre avis, plus l’attachement est insécurisant (type évitant ou anxieux), plus la sévérité du TPN tend à être grande. Encore une fois, cette hypothèse est en accord avec les théories psychodynamiques voulant que l’attachement insécurisant constitue un facteur de risque important au développement d’un trouble de la personnalité, malgré certaines incongruences avec le phénotype grandiose (Diamond et al., 2021).

Hypothèse 3. Nous croyons aussi que la détresse psychologique permet de prédire, au sens statistique, la gravité du TPN chez une population clinique composée d’hommes, où plus la détresse subjective d’un individu est grande, plus la sévérité du trouble tend elle aussi à être élevée. En dépit de quelques études ayant observé des résultats non significatifs entre cette variable et le phénotype grandiose, cette conjecture nous apparaît rationnelle dans la mesure où, même lorsque les critères du syndrome sont satisfaits (critère A), le DSM-5 exige la présence d’une détresse significative (ou, à tout le moins, d’une altération importante du fonctionnement;

critère C) pour que la présentation clinique soit considérée comme *suffisamment grave* pour justifier un diagnostic de TPN (APA, 2013).

Hypothèse 4. Finalement, nous sommes d’avis que les résultats obtenus pour l’échantillon clinique peuvent être reproduits auprès d’un échantillon non-clinique. En d'autres termes, nous prévoyons que les trois variables étudiées—l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique—prédisent également, chacune, la gravité du TPN chez des hommes de la population générale, et ce, toujours selon des relations positives.

CHAPITRE III

Méthodologie

3.1 Participants

3.1.1 Échantillon clinique

Cette étude s'inscrit dans un projet plus vaste dirigé par le directeur de la présente recherche, M. Sébastien Larochelle, Ph. D., dans lequel 84 participants avaient été recrutés de juin 2011 à novembre 2013 au Centre sur l'Autre Rive, soit un centre de traitement et d'hébergement pour hommes aux prises avec une dépendance liée à l'alcool et/ou drogue à Salaberry-de-Valleyfield, en Montérégie. Cette étude avait reçu les approbations du Comité d'éthique à la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et de la direction du Centre sur l'Autre Rive. Des participants recrutés, 80 d'entre eux (95.2 %) avaient consenti de façon libre et éclairée à l'éventualité que leurs données soient réutilisées à des fins secondaires. Ce groupe de participants ($N = 80$) constitue l'échantillon clinique de la présente étude. Les participants avaient entre 20 et 63 ans ($M = 39.24$, $\acute{E}. - T. = 12.09$). Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont détaillées dans le Tableau 1.

3.1.2 Échantillon non-clinique

Un second groupe de participants composé de 90 hommes tirés de la population générale a été recruté sur les réseaux sociaux (plateformes *Instagram* et *Facebook*) de mai à septembre 2023, afin de former l'échantillon non-clinique de la présente étude. La plupart des participants ont été recrutés au moyen d'une publicité payante diffusée sur la plateforme *Facebook* à travers le pays. Aucune mesure incitative monétaire ou autre n'a été offerte aux participants pour leur collaboration. Pour être admissibles, les participants devaient être âgés de 18 et plus, se reconnaître comme homme cisgenre (c.-à-d. avoir été assigné au sexe masculin à la naissance et

s'identifier au genre masculin au moment de l'étude) et présenter une bonne capacité de maîtrise de la langue française. La participation à l'étude était volontaire. Le consentement libre et éclairé a été obtenu pour chacun des participants de façon préalable à l'accès au questionnaire. Ce volet de l'étude a également été approuvé par le CÉR de l'UQO. Les participants recrutés avaient entre 22 et 74 ans ($M = 47.71$, $\acute{E}.T. = 12.39$) et étaient majoritairement francophones ($N = 88$; 97.8 %), à l'exception de deux participants dont la langue maternelle était l'anglais (2.2 %). La grande majorité des participants ($N = 88$) demeurait dans la province de Québec (97.8 %), excepté deux participants résidant en Ontario (2.2 %). Les autres données sociodémographiques des participants sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1

Informations sociodémographiques des participants

Caractéristique	Clinique		Non-clinique	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Statut conjugal				
Seul	66	82.5	48	53.3
En couple	14	17.5	42	46.7
Niveau de scolarité				
Primaire	15	18.8	2	2.2
Secondaire ou professionnel	52	65.0	32	35.6
Collégial	7	8.8	23	25.6
Universitaire de 1 ^{er} cycle	3	3.8	19	21.1
Universitaire de 2 ^e cycle	3	3.8	14	15.6

Notes. $N = 170$ ($n = 80$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). Les participants de l'échantillon clinique étaient âgés en moyenne de 39.24 ans ($\acute{E}.T. = 12.09$) et de 47.71 ans ($\acute{E}.T. = 12.39$) dans l'échantillon non-clinique.

Tableau 2*Différences sociodémographiques inter-groupes*

Caractéristique	<i>t</i> (168)			χ^2			
	Valeur	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen	Valeur	<i>dl</i>	<i>p</i>	ϕ
Âge	4.50	< .001	.69 ^a				
Statut conjugal				16.31	1	< .001	-.31 ^a
Niveau de scolarité				41.55	4	< .001	.49 ^a

Notes. *N* = 170 (*n* = 80 pour l'échantillon clinique et *n* = 90 pour l'échantillon non-clinique). *M* = moyenne; *É.-T.* = écart-type; *t* = statistique *t*; *d* Cohen = taille d'effet; χ^2 = khi carré de Pearson; *dl* = degrés de liberté; ϕ = coefficient phi ou V de Cramér (taille d'effet).

^aTaille d'effet modérée.

Les différences sociodémographiques entre les deux échantillons ont été examinées au moyen d'un test-*t* pour groupes indépendants en ce qui concerne l'âge, ainsi que des tests de khi carré d'indépendance pour le statut conjugal et le niveau de scolarité. La taille d'effet des différents tests a été interprétée selon les lignes directrices de Cohen (1988) pour le *d* de Cohen et de Pallant (2011) pour le coefficient phi et le V de Cramér, selon les circonstances appropriées. Comme en témoignent les résultats présentés au Tableau 2, les tests soulignent des différences significatives et modérées entre les deux échantillons en ce qui concerne l'âge moyen, le statut conjugal, de même que le niveau de scolarité des participants. Ainsi, les hommes de l'échantillon non-clinique sont en moyenne plus âgés, plus fréquemment en couple et ont un niveau de scolarité plus élevé comparativement aux hommes de l'échantillon clinique.

3.2 Procédures

3.2.1 Échantillon clinique

Le devis de l'étude mère était de nature transversale. Les hommes fréquentant le centre d'hébergement avaient été approchés dès leur arrivée pour participer à l'étude. Près de 49 % des personnes sollicitées (*N* = 84) ont accepté de participer à l'étude mère. Ces personnes ont ensuite

été rencontrées au cours des cinq premières semaines suivant leur arrivée au centre de traitement, où elles ont été invitées à remplir une série de questionnaires, incluant le *Pathological Narcissism Inventory* (PNI), le *Borderline Personality Inventory* (BPI), le *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) et l'*Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec* (IDPESQ), pour une durée totale approximative d'une heure trente minutes.

3.2.2 Échantillon non-clinique

Le second volet de la présente étude avait également un devis transversal. La collecte de données s'est déroulée sur la plateforme *LimeSurvey*. Avant de pouvoir accéder au questionnaire, les critères d'admissibilité ont été brièvement présentés. Seuls les participants éligibles à l'étude étaient par la suite dirigés vers le formulaire de consentement. Une fois le consentement présenté et obtenu, les participants ont répondu à quelques questions sociodémographiques, puis ont rempli une série de questionnaires électroniques, soit dans l'ordre : le PNI, le BPI (échelle *Diffusion de l'identité*), le RSQ (items sélectionnés) et l'IDPESQ, le tout pour une durée d'environ 20 à 30 minutes. À tout moment, il était permis aux participants de quitter le questionnaire et d'y revenir ultérieurement, s'ils le désiraient. Les données ont été entièrement colligées en ligne et de manière anonyme. Le questionnaire a enregistré 197 remplissages partiels et 90 remplissages complets, ce qui correspond à un taux de participation complète d'environ 31 %. Seules les données des participants ayant rempli le questionnaire dans son entier ont été conservées et traitées ($N = 90$).

3.3 Instruments

La série de questionnaires remplie par les participants comprenait quatre instruments de mesure. Le TPN a été mesuré au moyen du PNI. En ce qui concerne les trois variables de gravité à l'étude, l'identité diffuse a été mesurée au moyen de l'échelle *Diffusion de l'identité* du

questionnaire BPI, l'attachement insécurisant au moyen d'une sélection d'items tirés du RSQ, et la détresse psychologique au moyen de l'IDPESQ.

3.3.1 Pathological Narcissism Inventory (PNI)

Le *Pathological Narcissism Inventory* (PNI; Pincus et al., 2009) est un questionnaire autorapporté de 52 items mesurant l'ensemble du TPN. Le questionnaire a été traduit de l'anglais par traduction parallèle inversée et chacune des échelles possède une forte corrélation avec les items originaux ($r = .94 - 1$; Diguer et al., 2020). L'outil comporte sept sous-échelles. Dans la version originale du questionnaire (Pincus et al., 2009), quatre sous-échelles mesurent le phénotype grandiose, soit *Exploitation* (5 items), *Autovalorisation par sacrifice de soi* (6 items), *Fantaisies grandioses* (7 items) et *Supériorité des droits* (8 items), alors que le phénotype vulnérable se mesure à l'aide de trois sous-échelles, soit *Estime de soi contingente* (12 items), *Dissimulation de soi* (7 items) et *Dévalorisation d'autrui* (7 items; Pincus et al., 2009). La littérature présente néanmoins plusieurs variantes quant aux regroupements des sous-échelles utilisées pour mesurer les phénotypes grandiose et vulnérable (p. ex., Diguer et al., 2020; Fossati et al., 2015; Miller et al., 2011, Wright et al., 2010). Aux fins de la présente étude, nous avons opté pour l'opérationnalisation proposée par Diguer et al. (2020), laquelle considère la sous-échelle *Autovalorisation par sacrifice de soi* comme une mesure du phénotype vulnérable plutôt que grandiose.

L'*Exploitation* fait appel à la manipulation d'autrui à des fins personnelles; les *Fantaisies grandioses* réfèrent à une forte aspiration au succès, à la reconnaissance et à l'admiration d'ordre exceptionnel; la *Supériorité des droits* se veut la prétention de détenir et de mériter des droits et des privilèges spéciaux; l'*Autovalorisation par sacrifice de soi* fait appel à des démonstrations altruistes en apparence, dont l'objectif véritable vise à atteindre le soi idéal, c'est-à-dire, à

magnifier l'image de soi; l'*Estime de soi contingente* correspond au sentiment de valeur personnelle fluctuant et dépendant de la validation d'autrui; la *Dissimulation de soi* réfère à une réticence à communiquer ses erreurs, ses faiblesses et ses besoins, et finalement; la *Dévalorisation d'autrui* réfère au manque de considération et d'intérêt porté envers l'autre (Diguer et al., 2020; Pincus et al., 2009). Pour chaque item, les participants se positionnent sur une échelle de Likert graduée en six points, 1 étant « Pas du tout caractéristique de moi » et 6, « Très caractéristique de moi », où des scores élevés indiquent une plus grande pathologie. Sur la base de ces sept domaines, le PNI est reconnu pour mesurer le TPN de façon exhaustive (Wright et al., 2010) et suffisamment sensible pour n'en capter que sa forme pathologique (Biberdzic et al., 2023; Pincus et al., 2009).

Il a été démontré que les scores au PNI sont corrélés au degré de pathologie de la personnalité chez une population clinique (Fossati et al., 2015). Aussi, le PNI a montré une utilité clinique significative, alors que des cliniciens ayant peu d'expérience dans le domaine ont su tirer des inférences cliniques d'une justesse comparable à celles de cliniciens experts en TPN, à partir des scores du questionnaire (Thomas et al., 2012). De plus, de bonnes propriétés psychométriques ont été documentées pour cet outil, notamment en ce qui concerne la validité de construit, convergente, discriminante et nomologique, ainsi que la stabilité temporelle dans une période de six semaines (p. ex., Diguer et al., 2020; Fossati et al., 2015; Pincus et al., 2009; Silva Luis, 2014; Thomas et al., 2012; Wright et al., 2010). Les auteurs rapportent une fiabilité plus que satisfaisante (α de Cronbach = .95; Pincus et al., 2009) et l'utilité de cet outil a été mise en évidence, aussi bien auprès de populations cliniques que non-cliniques (p. ex., Fossati et al., 2015; Silva Luis, 2014). L'échelle a fait preuve d'une validité prédictive adéquate, notamment en ce qui concerne certaines variables influençant le traitement psychothérapeutique, telles que

l'utilisation de médicaments et les comportements suicidaires (Pincus et al., 2009), de même que certains tempéraments (dépressif, anxieux et hyperthymique; Tritt et al., 2010). La cohérence interne (α de Cronbach) relative à chaque sous-échelle se situe entre .78 et .93, soit précisément : *Exploitation* ($\alpha = .80$), *Fantaisies grandioses* ($\alpha = .89$), *Supériorité des droits* ($\alpha = .87$), *Autovalorisation par sacrifice de soi* ($\alpha = .78$), *Estime de soi contingente* ($\alpha = .93$), *Dissimulation de soi* ($\alpha = .79$) et *Dévalorisation d'autrui* ($\alpha = .86$; Pincus et al., 2009). Dans la présente étude, la cohérence interne des sous-échelles était plus qu'acceptable et variait entre des valeurs de .71 – .88 (α *Exploitation* = .71; α *Fantaisies grandioses* = .77; α *Supériorité des droits* = .86; α *Autovalorisation par sacrifice de soi* = .79; α *Estime de soi contingente* = .88; α *Dissimulation de soi* = .75; α *Dévalorisation d'autrui* = .81).

3.3.2 Borderline Personality Inventory (BPI)

Le *Borderline Personality Inventory* (BPI; Leichsenring, 1999) est un questionnaire autorapporté de 53 items visant à mesurer les manifestations d'une organisation limite de la personnalité selon la théorie proposée par Kernberg (1984). La version française du questionnaire a été rendue disponible par Chabrol et collègues (2004) et a été soumise à une procédure de traduction inversée. L'outil a montré être en mesure d'identifier les personnes présentant une organisation limite de la personnalité de façon hautement concordante avec les critères théoriques de cette structure, et a ainsi révélé la capacité d'être utilisé à des fins de pronostic (Leichsenring, 1999). Le questionnaire se compose de quatre sous-échelles : *Diffusion de l'identité* (12 items), *Mécanismes de défense primitifs* (8 items), *Pertes de contact avec la réalité* (5 items) et *Peur de la fusion* (8 items; Leichsenring, 1999). Pour chaque item, les participants se positionnent sur une échelle de Likert graduée de sept points, 1 étant « Tout à fait faux » et 7, « Tout à fait vrai », de sorte qu'un score élevé pointe vers une organisation limite de

la personnalité. L'outil a globalement démontré des propriétés satisfaisantes en matière de validité discriminante et de fiabilité, où la cohérence interne du questionnaire (α de Cronbach = .91) et la fidélité test-retest (r_{tt} = .87) sont jugées adéquates (Leichsenring, 1999). L'auteur a obtenu des valeurs comprises entre .85 – .89 pour la sensibilité et entre .78 – .89 pour la spécificité (Leichsenring, 1999). La fiabilité rapportée pour chacune des sous-échelles est également convenable, laquelle varie entre .68 – .91 pour la cohérence interne (α de Cronbach) et entre .73 – .89 pour la fidélité test-retest (Leichsenring, 1999). Aux fins de la présente étude, seule la sous-échelle *Diffusion de l'identité* a été examinée, dont les items s'intéressent à divers affects négatifs liés aux concepts de soi et des autres. Les valeurs de cohérence interne (α = .83) et de fidélité test-retest (r_{tt} = .85) rapportées pour cette sous-échelle sont toutes deux convenables (Leichsenring, 1999). Dans notre étude, l'échelle *Diffusion de l'identité* présentait une cohérence interne tout aussi satisfaisante (α = .85).

3.3.3 Relationship Scales Questionnaire (RSQ)

Le *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994) est un questionnaire autorapporté de 30 items visant à mesurer l'attachement chez l'adulte. Dans sa version originale, le questionnaire présente quatre sous-échelles : *Sécure* (5 items), *Craintif* (4 items), *Préoccupée* (4 items) et *Détachée* (5 items; Guédeney et al., 2009). Pour chaque item, les participants se positionnent sur une échelle de Likert graduée de cinq points, 1 étant « Pas du tout comme moi » et 5, « Tout à fait comme moi ». Toutefois, ce modèle à quatre facteurs a démontré certaines faiblesses psychométriques (p. ex., Guédeney et al., 2009; Kurdek, 2002). Parmi les modèles étudiés par Kurdek (2002), celui proposé par Simpson et al. (1992) s'est démarqué comme étant le seul à présenter une validité de l'ajustement relativement adéquate. Ce modèle conçoit l'attachement selon deux facteurs, soit l'*Index d'attachement sécure/évitant* (type

évitant) et l'*Index d'attachement anxieux* (type anxieux). Plus précisément, le type évitant de l'attachement (8 items) se mesure par les items 10, 12, 13, 15, 20, 24, 29 et 30 du RSQ, et le type anxieux (5 items), par les items 11, 18, 21, 23 et 25 (Dinero et al., 2022), où les items 10, 15 et 30 sont à notation inversée, et où des scores élevés à ces sous-échelles reflètent, respectivement, un plus grand degré d'évitement et d'anxiété dans les relations.

Une étude iranienne a confirmé cette structure à deux facteurs par analyse factorielle, où le type évitant (représentations mentales des autres) et le type anxieux (représentations mentales de soi) expliquaient 35.36 % de la variance (Iranian Pehrabad et al., 2016). Le modèle à deux facteurs a ainsi montré une bonne validité de construit, quoique le coefficient alpha relatif à la fiabilité de l'échelle s'est avéré questionnable (α de Cronbach = .67; Iranian Pehrabad et al., 2016). La fidélité test-retest (rtt = .50) du modèle a quant à elle révélé une certaine stabilité de l'attachement sur une période de 6 ans (Dinero et al., 2022). Les sous-échelles ont montré des associations modérées à fortes avec les sous-échelles anxieuse et évitante du *Experiences in Close Relationships-Revised adult attachment questionnaire* (ECR-R), soit l'un des instruments les plus récemment développés pour mesurer l'attachement (Dinero et al., 2022). Il a été rapporté des valeurs de cohérence interne (α de Cronbach) généralement acceptables pour le type évitant (α = .61 – .77) et au-delà du seuil acceptable pour le type anxieux (α = .72 – .83; Iranian Pehrabad et al., 2016; Kurdek, 2002). Dans la présente étude, les alphas de Cronbach pour la sous-échelle évitante et la sous-échelle anxieuse étaient de .64 et de .84, respectivement.

3.3.4 Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec (IDPESQ)

L'*Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec* (IDPESQ-29), ou *Psychiatric Symptom Index* dans sa langue d'origine (PSI; Ilfeld, 1976), est un questionnaire autorapporté de 29 items visant à mesurer la symptomatologie la plus couramment associée à la détresse

psychologique. Cet outil se veut une version abrégée du *Hopkins Symptom Checklist* (Préville et al., 1992) et a été traduit de l'anglais par Kovess et al. (1985). Il se compose de quatre sous-échelles, soit : *Dépression* (10 items), *Anxiété* (11 items), *Irritabilité* (ou Colère; 4 items) et *Problèmes cognitifs* (4 items; Ilfeld, 1976; Préville et al., 1992). Pour chaque item, les participants se positionnent sur une échelle de Likert graduée de quatre points, 0 étant « Jamais » et 3, « Très souvent », face aux symptômes observés dans les sept derniers jours, où des scores élevés témoignent d'une plus grande symptomatologie liée à la détresse psychologique.

L'échelle a globalement présenté de bonnes propriétés psychométriques en matière de validité apparente, et plus que satisfaisante en matière de fiabilité (α de Cronbach = .91; Ilfeld, 1976). En ce qui concerne la validité de construit, la validité concomitante a été démontrée au moyen de trois critères : avoir cherché l'aide d'un professionnel pour des problèmes émotionnels, avoir récemment consommé des drogues psychoactives et le degré de tension des répondants tel qu'évalué par les interviewers. L'échelle et chacune de ses sous-échelles se sont avérées associées de façon hautement significative avec ces trois critères (Ilfeld, 1976). Aussi, l'IDPESQ a montré être en mesure de prédire la prise de médication tranquillisante, de même que la consultation de professionnels en santé mentale (Kovess et al., 1985; Martin et al., 1989). Une congruence élevée a également été observée entre les résultats à l'IDPESQ et ceux du *Hopkins Symptom Checklist* duquel il est dérivé (Préville et al., 1992). La validité factorielle a été mise à l'épreuve par une analyse en composantes principales, laquelle a généré presque exactement les mêmes facteurs pour la version traduite en français que ceux de la version anglaise originale, facteurs qui expliquent 47 % de la variance (Préville et al., 1992). On rapporte également des résultats acceptables concernant la validité discriminante et les tests de sensibilité, de spécificité et de concordance (kappa; Kovess et al., 1985; Martin et al., 1989). La cohérence

interne (α de Cronbach) est tout à fait acceptable pour chacune des sous-échelles, soit précisément un coefficient de .84 pour la *Dépression*, de .85 pour l'*Anxiété*, de .79 pour l'*Irritabilité* et de .77 pour les *Problèmes cognitifs* (Ilfeld, 1976). Dans la présente étude, les valeurs de cohérence interne se situaient entre .77 – .88 (α *Dépression* = .88; α *Anxiété* = .88; α *Irritabilité* = .87; α *Problèmes cognitifs* = .77).

CHAPITRE IV

Résultats

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 29.0. Un indice de cohérence interne (α de Cronbach) a été généré pour chacune des sous-échelles à l'étude afin d'évaluer leur fiabilité respective.

4.1 Analyses préliminaires

4.1.1 Données extrêmes et postulats statistiques

Des analyses statistiques préliminaires ont été effectuées afin d'examiner la présence de données extrêmes au sein des échantillons clinique et non-clinique. Les postulats du modèle linéaire ont été vérifiés pour chacun des échantillons.

En générant les scores standardisés, un cas extrême univarié a été détecté chez l'un des participants de l'échantillon clinique à la mesure de l'identité diffuse ($3.38 > |3.29|$, $p < .001$; Tabachnick & Fidell, 2013). Le participant en question a ainsi été exclu de la base de données. Cette méthode n'a révélé aucun cas extrême univarié pour l'échantillon non-clinique ($Z > |3.29|$, $p < .001$; Tabachnick & Fidell, 2013). En ce qui concerne l'examen des cas extrêmes multivariés, aucun cas extrême multivarié n'a été détecté en utilisant la méthode des distances de Mahalanobis [$\chi^2(4) = 18.47$, $p < .001$], aussi bien pour l'échantillon clinique que non-clinique (Tabachnick & Fidell, 2013). Pour les analyses subséquentes, la taille de l'échantillon clinique a ainsi été réduite à 79 participants, alors que celle de l'échantillon non-clinique est demeurée à 90 participants, pour un total de 169 participants.

En regard des postulats du modèle linéaire, l'examen de la normalité univariée a été effectué en obtenant les valeurs de kurtose et d'asymétrie des variables à l'étude, c'est-à-dire du TPN, de l'identité diffuse, de l'attachement insécurisant et de la détresse psychologique. Toutes

les valeurs obtenues demeuraient à l'intérieur de l'intervalle de -1.00 et +1.00 recommandé par Tabachnick et Fidell (2013), et ce, pour les deux échantillons. En observant le graphique de dispersion des résiduels multivariés, le postulat de la normalité multivariée semblait grossièrement respecté pour l'échantillon clinique, quoique le graphique apparaissait présenter certaines anomalies pour l'échantillon non-clinique, où un agrégat de résidus standardisés était observable dans l'une des queues de la distribution. Pour cet échantillon, le test de normalité de Kolmogorov-Smirnov s'est d'ailleurs avéré significatif pour la variable d'identité diffuse, où la distribution des données sur l'histogramme témoigne à la fois d'une asymétrie positive et d'une kurtose négative (Pallant, 2011). En vue d'améliorer le modèle, les données de la variable d'identité diffuse de l'échantillon non-clinique ont subi des transformations à la racine carrée, de même que logarithmique (Tabachnick & Fidell, 2013). Cependant, étant donné que ces méthodes de transformation semblaient apporter peu d'améliorations notables au modèle et que la transformation des données n'est pas toujours conseillée (Tabachnick & Fidell, 2013), seules les données non transformées ont été retenues pour les analyses.

En outre, des graphiques de dispersion bivariés ont été générés pour chaque paire possible parmi les quatre variables, donnant lieu à six différentes combinaisons par échantillon. Le postulat d'homogénéité de la variance (homoscédasticité) et de linéarité apparaissait respecté pour tous les graphiques. Enfin, l'absence de multicolinéarité a été vérifiée au moyen de corrélations bivariées de Pearson d'ordre zéro pour chaque paire possible de ces variables au sein des deux échantillons. Les résultats des analyses révélaient des corrélations entre $r = .22 - .55$ ($p < .001$) pour l'échantillon clinique et entre $r = .54 - .78$ ($p < .001$) pour l'échantillon non-clinique. Puisque les valeurs obtenues étaient inférieures à .90 (Tabachnick & Fidell, 2013), ce postulat a été considéré comme respecté.

4.1.2 Statistiques descriptives

Des statistiques descriptives ont été générées pour les quatre questionnaires à l'étude. Les scores au PNI, au BPI et à l'IDPESQ ont été calculés en faisant la moyenne des réponses des participants pour chaque sous-échelle, tandis que les scores aux sous-échelles de l'IDPESQ ont été obtenus en calculant la somme des réponses des participants et sont exprimés sous forme de pourcentage. Plus précisément, la transformation des scores bruts en pourcentage a été effectuée suivant la formule proposée par Ilfeld (1976): $[(A_1 + A_2 + A_3 + \dots A_n)] / 3_n \times 100$, ou plus simplement, $(\text{Score observé} / \text{Score maximal possible}) \times 100$. Un test-t pour groupes indépendants a été réalisé afin de détecter la présence de différences significatives entre les deux échantillons pour l'ensemble de ces mesures. L'erreur de type I a été fixée à .05 et la taille d'effet (d Cohen) a été interprétée selon Cohen (1988) pour chaque différence significative. La taille d'effet des différences significatives entre les deux échantillons était modeste pour toutes les échelles et sous-échelles, excepté pour les sous-échelles *Supériorité des droits* du PNI et *Irritabilité* de l'IDPESQ, où ces différences se qualifiaient de modérées (Cohen, 1988). La moyenne, l'écart-type, la statistique t et le d de Cohen respectifs à chacune des échelles et sous-échelles sont présentés au Tableau 3, selon l'échantillon.

Tableau 3

Résultats moyens et différences entre groupes aux échelles et sous-échelles

Échelle/sous-échelle	Clinique		Non-clinique		$t(167)$	d Cohen
	M	$\acute{E}.-T.$	M	$\acute{E}.-T.$		
PNI						
Gravité du TPN	3.50	.76	3.20	.75	2.59*	.40
Grandiose	3.36	.84	2.98	.79	3.04**	.47
Exploitation	3.51	1.09	3.13	.96	2.41*	.37
Fantaisies grandioses	3.22	.99	3.11	1.04	.74	.11

Supériorité des droits	3.39	1.03	2.78	.97	3.97***	.61
Vulnérable	3.58	.77	3.33	.83	2.02*	.31
Autovalorisation par sacrifice de soi	3.72	1.02	3.42	1.04	1.86	.29
Estime de soi contingente	3.51	.94	3.31	1.05	1.27	.20
Dissimulation de soi	4.00	.86	3.73	.97	1.94	.30
Dévalorisation d'autrui	3.16	.99	2.88	1.04	1.81	.28
BPI						
Diffusion de l'identité	3.20	1.05	2.68	1.17	3.07**	.47
RSQ						
Attachement insécurisant	2.94	.56	2.83	.74	1.04	.16
Type évitant	2.91	.58	2.84	.73	.63	.10
Type anxieux	2.99	.94	2.81	1.20	1.04	.16
IDPESQ						
Détresse psychologique (%)	44.68	20.52	36.07	19.09	2.83**	.44
Dépression (%)	47.85	21.87	43.07	24.67	1.32	.20
Anxiété (%)	40.77	23.04	30.71	19.29	3.09**	.48
Irritabilité (%)	48.63	26.50	32.04	23.77	4.29***	.66
Problèmes cognitifs (%)	43.57	24.57	37.31	21.79	1.75	.27

Notes. $N = 169$ ($n = 79$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). M = moyenne; $\bar{E.-T.}$ = écart-type; t = statistique t ; d Cohen = taille d'effet. L'étendue théorique du PNI est de 1 à 6, celle du BPI est de 1 à 7, celle du RSQ est de 0 à 5, et celle de l'IDPESQ est de 0 à 3. Les résultats présentés aux différentes échelles de l'IDPESQ correspondent aux scores bruts transformés sous forme de pourcentage.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Le Tableau 4 présente le nombre de participants dont les scores obtenus au PNI suggèrent la présence de traits narcissiques (un écart-type au-dessus de la moyenne), voire potentiellement d'un TPN (deux écarts-types au-dessus de la moyenne; Diguier et al., 2020). Il montre également la distribution des participants parmi les différents niveaux de détresse psychologique en fonction de leurs scores à l'IDPESQ (Ilfeld, 1976, 1978), soit : faible (3^e, 2^e et 1^{er} quintiles), modéré (4^e quintile) et élevé (5^e quintile; Daoust, 2003).

Le Tableau 5 communique quant à lui les résultats des tests *U* de Mann-Whitney, lesquels ont été effectués dans le but de mettre en évidence toute différence significative entre les deux échantillons en ce qui concerne la distribution des participants au sein des différents niveaux de pathologie liés au TPN et ses phénotypes (normal, traits, trouble), ainsi que selon les degrés de symptomatologie de détresse psychologique (faible, modéré, élevé). La taille d'effet des résultats a été calculée selon Pallant (2011) et interprétée selon Cohen (1988). À la lumière des tests *U* de Mann-Whitney, les proportions de participants aux différents niveaux de pathologie (normal, traits, trouble) étaient similaires entre les deux échantillons, alors qu'aucune différence significative n'est observée aussi bien en ce qui concerne le TPN que chacun de ses phénotypes. Ce test a toutefois révélé une légère différence significative dans la distribution des participants au sein des différents niveaux de détresse psychologique entre les deux groupes ($p < .05$, $r = -.18$), où les hommes de l'échantillon clinique tendent à présenter une symptomatologie de détresse psychologique un peu plus élevée que ceux de l'échantillon non-clinique.

Tableau 4

Classification et distribution des participants en fonction des scores obtenus au PNI et à l'IDPESQ

Catégorie	Clinique		Non-clinique	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trait (1 É.-T.)				
TPN	15	19.0	15	16.7
Grandiose	12	15.2	8	8.9
Vulnérable	13	16.5	14	15.6
Trouble (2 É.-T.)				
TPN	0	0.0	1	1.1
Grandiose	1	1.3	4	4.4
Vulnérable	0	0.0	2	2.2

Symptomatologie de détresse

Faible	5	6.3	13	14.4
Modérée	6	7.6	13	14.4
Élevée	68	86.1	64	71.1

Notes. $N = 169$ ($n = 79$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). Les catégories « *Trait* (1 É.-T.) » et « *Trouble* (2 É.-T.) » sont mutuellement exclusives. Autrement dit, les participants dont les scores se situent à 2 écarts-types ou plus au-dessus de la moyenne ne sont pas comptabilisés dans la catégorie à 1 écart-type.

Tableau 5

Différences inter-groupes dans la distribution des participants parmi les différents niveaux de pathologie du TPN et ses phénotypes, et degrés de symptomatologie de détresse psychologique

Catégorie	Rang moyen		U	Z	p	r
	Clinique	Non-clin.				
TPN	85.45	84.61	3519.50	-.17	.868	-.01
Grandiose	86.15	83.99	3464.00	-.47	.642	-.04
Vulnérable	84.24	85.67	3495.00	-.29	.772	-.02
Symptomatologie de détresse	91.82	79.02	3016.50	-2.35	.019	-.18

Notes. $N = 169$ ($n = 79$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). U = statistique U de Mann-Whitney; Z = valeur standardisée de la statistique U ; r = taille d'effet ($r = Z/\sqrt{N}$).

4.2 Corrélations entre les variables à l'étude

Des corrélations de Pearson ont été effectuées afin d'examiner les relations unissant chaque paire de variables à l'étude, soit entre le TPN, l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique, et ce, pour chaque échantillon. L'erreur de type I a été fixée à .05 et la force des corrélations a été interprétée selon Cohen (1988).

Dans l'échantillon clinique, ces variables ont montré des corrélations positives modérées à élevées, à l'exception de la relation entre l'attachement insécurisant et la détresse psychologique qui s'est révélée non significative. En revanche, les variables à l'étude ont toutes

affiché des associations positives significatives de forte amplitude dans l'échantillon non-clinique. Ces résultats sont détaillés au Tableau 6.

Tableau 6

Associations entre la gravité du TPN, l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique, par échantillon

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Gravité du TPN	—	.93***	.97***	.55***	.35**	.03	.52***	.30**
2. Grandiose	.86***	—	.81***	.48***	.30**	.00	.47***	.26*
3. Vulnérable	.95***	.67***	—	.56***	.36**	.05	.51***	.31**
4. Identité diffuse	.60***	.49***	.59***	—	.49***	.29*	.48***	.43***
5. Attachement insécurisant	.55***	.29**	.63***	.65***	—	.78***	.79***	.22
6. Évitant	.24*	.03	.34**	.44***	.81***	—	.23*	.04
7. Anxieux	.65***	.44***	.68***	.62***	.82***	.33**	—	.29**
8. Détresse psychologique	.54***	.40***	.56***	.78***	.61***	.41***	.59***	—

Notes. Les associations pour l'échantillon clinique sont présentées au-dessus de la diagonale ($n = 79$). Les associations pour l'échantillon non-clinique sont présentées sous la diagonale ($n = 90$).
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

4.3 Régressions multiples : TPN

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons vérifié les hypothèses 1 à 3 au moyen d'une régression multiple effectuée à l'aide de la méthode standard. La taille d'effet du coefficient de détermination ajusté (R_a^2 ; pourcentage de variance expliquée) a été interprétée conformément aux valeurs indiquées par Cohen (1988, 1992) et Harlow (2014), et celle du coefficient de corrélation semi-partielle au carré (sr^2), selon Cohen (1988). Les analyses incluaient les 79 participants retenus de l'échantillon clinique, avec la gravité du TPN (score moyen au PNI) à titre de variable dépendante (VD). Les variables indépendantes (VIs) étaient l'identité diffuse (score moyen au BPI) pour l'hypothèse 1, l'attachement insécurisant (score moyen au RSQ) pour l'hypothèse 2 et la détresse psychologique (score moyen en pourcentage à

l'IDPESQ) pour l'hypothèse 3. L'hypothèse 4 a été examinée à l'aide de la même régression multiple, cette fois en incluant les 90 participants de l'échantillon non-clinique.

4.2.1 Échantillon clinique

À l'aide de la méthode standard, une analyse de régression multiple a été réalisée afin d'examiner la relation entre la gravité du TPN (VD) et l'identité diffuse, l'attachement insécurisant ainsi que la détresse psychologique (VIs). Seule l'identité diffuse a montré une association positive significative avec la gravité du TPN ($\beta = .47, p < .001$). Le modèle expliquait 29 % de la variance ajustée de la gravité du TPN ($R_a^2 = .29$), un résultat statistiquement significatif ($F(3, 75) = 11.77, p < .001$) correspondant à une taille d'effet élevée selon Cohen (1988). Les variables d'attachement insécurisant ($\beta = .11, p = .32$) et de détresse psychologique ($\beta = .08, p = .46$) ne démontraient pas de relation significative avec la gravité du TPN. La contribution unique de l'identité diffuse, en contrôlant les autres variables du modèle, était de 14 % ($sr^2 = 0.14, p < .001$), ce qui correspond à une taille d'effet moyenne. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 7.

4.2.2 Échantillon non-clinique

Une analyse de régression multiple standard a été effectuée pour examiner les associations unissant l'identité diffuse, l'attachement insécurisant, la détresse psychologique, d'une part, et la gravité du TPN, d'autre part. L'identité diffuse ($\beta = .35, p < .05$) et l'attachement insécurisant ($\beta = .25, p < .05$) étaient tous deux positivement associés à la gravité du TPN. Les variables expliquaient 39 % de la variance ajustée de la gravité du TPN ($R_a^2 = .39$) dans le modèle ($F(3, 86) = 19.80, p < .001$), soit une taille d'effet élevée selon Cohen (1988). Quant à la détresse psychologique, celle-ci ne contribuait pas significativement à la régression ($\beta = .12, p = .40$). Les contributions uniques de l'identité diffuse et de l'attachement insécurisant

étaient respectivement de 4 % ($sr^2 = .04, p < .05$) et de 3 % ($sr^2 = .03, p < .05$), ce qui correspond à une petite taille d'effet dans les deux cas. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7

Prédiction de la gravité du TPN en fonction du niveau d'identité diffuse, d'attachement insécurisant et de détresse psychologique par échantillon

Variable	Clinique				Non-clinique			
	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	sr^2	<i>B</i>	β	<i>SE</i>	sr^2
Identité diffuse	.34	.47***	.09	.14***	.22	.35*	.09	.04*
Attachement insécurisant	.15	.11	.15	.01	.25	.25*	.11	.03*
Détresse psychologique	.00	.08	.00	.00	.01	.12	.01	.01
R^2		.32				.41		
R_a^2		.29***				.39***		

Notes. $N = 169$ ($n = 79$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). B = coefficient de régression non standardisé; β = coefficient de régression standardisé; SE = Erreur standard; sr^2 = corrélation semi-partielle au carré; R^2 = coefficient de détermination (% de variance expliquée); R_a^2 = coefficient de détermination ajusté (% de variance expliquée).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

4.4 Colinéarité entre le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable

Une corrélation de Pearson entre le score total à la sous-échelle du narcissisme grandiose et celui de la sous-échelle vulnérable a été effectuée séparément pour chaque échantillon, dans le but de vérifier le degré d'association (colinéarité) entre ces deux construits. L'erreur de type I a été fixée à .05 et la force de ces associations a été interprétée selon les recommandations de Cohen (1988).

Le degré d'association entre la sous-échelle grandiose et la sous-échelle vulnérable s'est avéré élevé, aussi bien pour l'échantillon clinique ($r = .81, p < .001$) que non-clinique ($r = .67, p < .001$). Néanmoins, puisque ces associations se trouvaient sous le seuil de multicollinéarité ($r < .90$; Tabachnick & Fidell, 2013), les analyses de régression multiple ont été réalisées à

nouveau pour chaque échantillon afin de préciser les relations entre chacun des phénotypes et les variables indépendantes à l'étude.

4.5 Régressions multiples : Phénotypes

4.5.1 Échantillon clinique

Une régression multiple standard a d'abord été effectuée dans le but d'étudier la relation entre la gravité du phénotype grandiose du TPN (VD) et l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique (VIs). Seule l'identité diffuse ($\beta = .42, p < .01$) s'est avérée significativement associée à la gravité de la grandiosité narcissique, et ce, de façon positive. Le modèle expliquait 21 % de la variance ajustée de la gravité de la grandiosité narcissique ($R_a^2 = .21$), un résultat statistiquement significatif ($F(3, 75) = 7.99, p < .001$) correspondant à une taille d'effet élevée (Cohen, 1988). L'attachement insécurisant ($\beta = .09, p = .46$) et la détresse psychologique ($\beta = .06, p = .58$) n'étaient pas significativement associés à la gravité du phénotype grandiose du TPN. Une fois ces deux variables contrôlées, l'identité diffuse expliquait à elle seule 11 % de la variance de ce phénotype ($sr^2 = .11, p < .01$), soit une taille d'effet moyenne.

Une deuxième régression multiple standard a été réalisée afin d'examiner la relation entre l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique, d'une part, et la gravité du phénotype vulnérable du TPN, d'autre part. Encore une fois, seule l'identité diffuse ($\beta = .46, p < .001$) présentait une association significative et positive avec la gravité du phénotype vulnérable. Le modèle expliquait 30 % de la variance ajustée de la gravité de la vulnérabilité narcissique ($R_a^2 = .30$) et était statistiquement significatif ($F(3, 75) = 12.04, p < .001$). Selon les critères de Cohen (1988), il s'agit d'une taille d'effet élevée en ce qui concerne la proportion de variance expliquée. Les relations entre la gravité du phénotype vulnérable du TPN et les

variables d'attachement insécurisant ($\beta = .12, p = .28$) et de détresse psychologique ($\beta = .08, p = .43$) n'étaient pas significatives. La corrélation semi-partielle au carré révélait une contribution unique de l'identité diffuse de près de 14 % à la variance expliquée ($sr^2 = .14, p < .001$), s'interprétant comme une taille d'effet moyenne.

Ces résultats sont communiqués dans le Tableau 8.

4.5.2 Échantillon non-clinique

Une première régression multiple standard a été réalisée pour examiner la relation entre la gravité de la grandiosité narcissique (VD) et l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique (VIs). Seule l'identité diffuse ($\beta = .49, p < .01$) s'est avérée associée à la gravité de la grandiosité narcissique, affichant une relation positive avec celle-ci. Les variables du modèle expliquaient 22 % de la variance ajustée de la gravité du phénotype grandiose du TPN ($R_a^2 = .22$), ce qui représente une taille d'effet élevée selon les critères de Cohen (1988). Ce résultat était statistiquement significatif ($F(3, 86) = 9.21, p < .001$). L'attachement insécurisant ($\beta = -.06, p = .66$) et la détresse psychologique ($\beta = .05, p = .75$) ne participaient pas significativement au modèle. La contribution unique de l'identité diffuse s'élevait à 8 % de la variance expliquée ($sr^2 = .08, p < .01$), ce qui correspond à une taille d'effet petite à moyenne.

Une seconde régression multiple a été réalisée afin d'évaluer la relation entre la gravité de la vulnérabilité narcissique (variable dépendante) et les trois variables indépendantes à l'étude—l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique—en utilisant la méthode standard. L'attachement insécurisant présentait une relation positive significative avec la gravité de la vulnérabilité narcissique ($\beta = .39, p < .001$). Le modèle expliquait 44 % de la variance ajustée de la gravité du phénotype vulnérable du TPN ($R_a^2 = .44$), ce qui représente une taille d'effet élevée selon les critères de Cohen (1988). Ce résultat était statistiquement

significatif ($F(3, 86) = 24.22, p < .001$). L'identité diffuse ($\beta = .23, p = .10$) et la détresse psychologique ($\beta = .14, p = .29$) n'étaient, quant à elles, pas associées significativement à la gravité du phénotype vulnérable du TPN. La corrélation semi-partielle au carré était de 8 % pour l'attachement insécurisant ($sr^2 = .08, p < .001$), pouvant s'interpréter comme une taille d'effet petite à moyenne.

Ces résultats sont présentés au Tableau 8.

Tableau 8

Prédiction de la gravité du TPN par phénotype en fonction du niveau d'identité diffuse, d'attachement insécurisant et de détresse psychologique par échantillon

Variable	Clinique			Non-clinique		
	β	R_a^2	sr^2	β	R_a^2	sr^2
Grandiosité		.21***			.22***	
Identité diffuse	.42**		.11**	.49**		.08**
Attachement insécurisant	.09		.01	-.06		.00
Détresse psychologique	.06		.00	.05		.00
Vulnérabilité		.30***			.44***	
Identité diffuse	.46***		.14***	.23		.02
Attachement insécurisant	.12		.01	.39***		.08***
Détresse psychologique	.08		.01	.14		.01

Notes. $N = 169$ ($n = 79$ pour l'échantillon clinique et $n = 90$ pour l'échantillon non-clinique). β = coefficient de régression standardisé; R_a^2 = coefficient de détermination ajusté (% de variance expliquée); sr^2 = corrélation semi-partielle au carré.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

CHAPITRE V

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de parvenir à mieux comprendre les contributions respectives de l'identité diffuse, de l'attachement insécurisant et de la détresse psychologique dans la sévérité d'un TPN. Nous avons pour hypothèses que l'identité diffuse (hypothèse 1), l'attachement insécurisant (hypothèse 2) et la détresse psychologique (hypothèse 3) permettent chacune de prédire statistiquement la gravité du TPN chez une population clinique composée d'hommes. Parmi ces trois hypothèses, l'hypothèse 1 s'avère la plus grandement supportée par les résultats.

En second lieu, l'étude visait à évaluer la généralisation des résultats à la population générale. Nous avons ainsi formulé une quatrième hypothèse, à savoir que, tout comme dans l'échantillon clinique, l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique prédisent également au sens statistique la gravité d'un TPN dans un échantillon non-clinique. Les résultats supportent partiellement cette hypothèse.

Les résultats de la présente étude sont discutés plus en détail aux sections appropriées.

5.1 Hypothèses 1 à 3 : Prédiction de la gravité du TPN dans un échantillon clinique

5.1.1 Hypothèse 1 : Identité diffuse

D'abord, les résultats obtenus soutiennent l'hypothèse 1, à savoir que l'identité diffuse constitue un prédicteur statistiquement significatif de la sévérité du TPN chez les hommes de l'échantillon clinique. De plus, les résultats démontrent que l'identité diffuse permet aussi bien de prédire la gravité du phénotype grandiose que celle du phénotype vulnérable. Ces résultats correspondent à ceux qu'ont obtenus Newcomb et al. (2024), lesquels témoignent d'un concept de soi faible, fragile et instable, y compris chez les individus associés au phénotype grandiose

(Newcomb et al., 2024). Dans l'ensemble, ces résultats apportent des éléments de preuve à l'appui de la théorie avancée par Kernberg (2006), selon laquelle la diffusion de l'identité constitue un élément central du TPN et en prédit la gravité (Jørgensen et al., 2024; Kernberg & Caligor, 2005). En effet, ils démontrent que plus les consciences de soi et des autres sont clivées—c'est-à-dire qu'elles sont confuses, polarisées, rigides et/ou instables—plus le TPN tend à se faire grave. Aussi, bien qu'il ait été proposé que le phénotype grandiose puisse initialement contribuer à camoufler la nature diffuse de l'identité (Lingiardi & McWilliams, 2017), nos résultats suggèrent que plus les caractéristiques narcissiques pathologiques sont importantes, plus l'identité tend à être diffuse, et ce, quel que soit le phénotype qui prédomine.

5.1.2 Hypothèse 2 : Attachement insécurisant

Concernant l'hypothèse 2, les résultats ne soutiennent pas que l'attachement insécurisant s'agit d'un prédicteur statistiquement significatif de la gravité du TPN chez les hommes issus d'une population clinique, du moins lorsque la diffusion de l'identité est simultanément prise en compte dans le modèle. Ces résultats demeurent vrais même lorsque les phénotypes du TPN sont considérés séparément, c'est-à-dire que le degré d'attachement insécurisant ne permet pas de prédire statistiquement ni le degré de grandiosité, ni le degré de vulnérabilité narcissique. Il est vrai que le phénotype grandiose a démontré des associations faibles ou non significatives avec l'attachement insécurisant dans la littérature (p. ex., Fossati et al., 2015; Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2010, 2011), pouvant ainsi expliquer sa contribution non significative à la prédiction de la gravité du TPN dans le présent modèle de régression. Toutefois, cela est particulièrement étonnant en ce qui concerne le phénotype vulnérable, lequel est associé de façon constante à l'attachement insécurisant à travers nombre d'études, et plus particulièrement, à des styles d'attachement qui reflètent des représentations négatives de soi (p. ex., Biberdzic et al.,

2023; Diamond et al., 2021; Dickinson & Pincus, 2003; Miller et al., 2010, 2011). Ainsi, nos résultats suggèrent que la nature (positive ou négative) des modèles internalisés de soi et de ceux des autres importe peu quant à la gravité de la pathologie du TPN, à tout le moins, chez la population étudiée. Nos résultats paraissent ainsi remettre en question plusieurs études et théories qui présentent l'attachement insécurisant comme étant un élément clé à considérer dans le cadre d'un TPN (Akthar & Thomson, 1982; Bowlby, 1977; Karterud & Kongerslev, 2019; Levy et al., 2015), ou du moins, appellent à en relativiser son importance chez une population clinique. Considérant qu'il s'est révélé modérément corrélé à la gravité du TPN dans la présente étude, il demeure possible que l'attachement insécurisant s'agisse bel et bien d'un facteur de risque— parmi d'autres—dans le développement du trouble (Kernberg, 2006), sans toutefois influencer de manière significative le pronostic, ou du moins, dans une moindre mesure que l'identité diffuse. Par ailleurs, puisque l'attachement insécurisant a également démontré une association significative modérée avec l'une des deux autres variables à l'étude—en l'occurrence, l'identité diffuse ($r = .49, p < .001$)—il est possible que l'absence de résultat significatif dans le modèle de régression soit le reflet de leur intercorrélation, plutôt que d'une faible contribution véritable de cette variable dans la gravité du TPN.

5.1.3 Hypothèse 3 : Détresse psychologique

L'hypothèse 3, selon laquelle la détresse psychologique permettrait de prédire la gravité du TPN chez les hommes d'une population clinique, n'est pas non plus soutenue par nos résultats, du moins lorsque la diffusion de l'identité est également prise en compte dans le modèle. Cette constatation demeure vraie même lorsque les phénotypes grandiose et vulnérable sont examinés séparément. Bien que ce résultat ne soit pas particulièrement étonnant pour le phénotype grandiose—considérant que la détresse peut être masquée (Ronningstam, 2009) ou

simplement non significative (p. ex., Miller et al., 2011; Sedikides et al., 2004)—il va néanmoins à l'encontre de nos attentes pour le phénotype vulnérable, lequel est associé à une grande souffrance dans la littérature (p. ex., Miller et al., 2010, 2011; Wink, 1991). Toutefois, l'outil de mesure utilisé dans la présente étude, l'IDPESQ, ne prétend pas couvrir l'ensemble du spectre de la détresse psychologique (Ilfeld, 1976), mais plutôt, s'intéresse précisément à quatre facteurs de symptomatologie de détresse prévalents, soit l'anxiété, la dépression, l'irritabilité/la colère et les problèmes cognitifs. Ainsi, il apparaît possible que l'incapacité de la détresse psychologique à prédire statistiquement la sévérité du TPN dans le modèle puisse s'expliquer du fait que l'outil utilisé n'a pas su adresser certains aspects de la symptomatologie pertinente au TPN. Par exemple, certaines études ont rapporté des comportements parasuicidaires, des risques suicidaires, de la paranoïa, de même que des idéations homicidaires plus élevées chez cette population (p. ex., Miller et al., 2010, 2011; Pincus et al., 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010). On rapporte également des préoccupations hypocondriaques et des plaintes somatiques particulièrement importantes (Lingiardi & McWilliams, 2017). Par ailleurs, selon Ilfeld (1978), il peut être préférable d'étudier chaque facteur de détresse séparément, plutôt que la détresse psychologique de façon globale, puisqu'il estime que chaque symptôme présente des relations singulières avec les autres variables. Il est donc possible que les différents symptômes de la détresse psychologique contribuent chacun à prédire la gravité du trouble de manière spécifique, mais que ces relations distinctes soient masquées lorsque la détresse est évaluée globalement.

Une autre piste d'interprétation concerne les capacités d'autocritique affaiblies notées chez cette population, laquelle tend à nier ses faiblesses (Karterud & Kongerslev, 2019). Puisque la détresse psychologique est ici mesurée à l'aide d'un questionnaire autorapporté, il est possible que les participants aient minimisé, de façon consciente ou non, la véritable intensité de leurs

symptômes de détresse. D'un autre côté, dans notre modèle, nous supposions que le niveau de détresse psychologique saurait prédire statistiquement la gravité du TPN, ce qui ne s'avère pas le cas selon nos résultats. Or, il est aussi possible que le résultat non significatif dans notre modèle indique qu'il s'agit plutôt de la relation inverse, à savoir que c'est la gravité du TPN qui prédit le niveau de détresse psychologique dont souffre un individu. Par exemple, dans une étude de Miller et al. (2007), le TPN s'est avéré en mesure de prédire la présence de symptômes d'anxiété et de dépression dans des échantillons cliniques, bien que de façon modeste. Enfin, considérant qu'il a été démontré que les altérations du fonctionnement (p. ex., échecs au travail ou dans les relations interpersonnelles) médient la relation entre la détresse psychologique et le TPN et que les personnes présentant un TPN sont davantage susceptibles de générer de la détresse chez leurs proches que d'en souffrir eux-mêmes (Miller et al., 2007), il est possible, effectivement, que le niveau de détresse ne soit pas un prédicteur significatif de la gravité du trouble.

En outre, tout comme pour l'attachement insécurisant, il est possible que l'intercorrélation entre les variables génère une contribution non significative de la détresse psychologique dans l'équation de régression, surtout considérant que la détresse psychologique présente une association significative de force moyenne avec une autre VI dans le modèle de régression, soit précisément avec l'identité diffuse ($r = .43, p < .001$).

Enfin, une dernière piste d'explication possible concerne un manque de variabilité dans les données. En effet, considérant que la vaste majorité des participants de l'échantillon clinique (86.1 %) rapporte des symptômes qui correspondent à un niveau élevé de détresse psychologique, il est possible qu'une trop grande similitude dans le patron de détresse des participants contribue à obscurcir la relation entre cette variable et la gravité du TPN (Ilfeld, 1978).

5.1.4 Sommaire des hypothèses 1 à 3

En résumé, lorsque l'ensemble du modèle est pris en compte, les résultats indiquent que, parmi l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique, seule l'identité diffuse constitue un prédicteur significatif de la gravité du TPN au sein d'un échantillon clinique composé d'hommes. De plus, cette variable semble jouer un rôle considérable dans la sévérité du trouble, comme en témoigne sa contribution unique de taille moyenne à la variance expliquée de la gravité du TPN. Ce constat demeure vrai invariablement du phénotype. Nos résultats sont en lien avec ceux d'une étude par Newcomb et collègues (2024) portant sur certaines dimensions caractéristiques d'une organisation limite de la personnalité—les défenses primitives, l'évaluation de la réalité et l'identité diffuse—dans laquelle l'identité diffuse s'est également démarquée comme principal prédicteur des phénotypes grandiose et vulnérable du TPN. Ainsi, il semble que l'identité diffuse joue un rôle important dans la pathologie du TPN, comparativement aux autres variables, dont l'impact apparaît plus secondaire.

Se pourrait-il que les résultats non significatifs observés dans la présente étude pour l'attachement insécurisant et la détresse psychologique indiquent que les relations respectives entre ces variables et le TPN soient modérées, voire médiées par l'identité diffuse? Dans le cadre de l'attachement insécurisant, une étude par Biberdzic et al. (2023) a effectivement observé que l'identité diffuse médie partiellement la relation entre le phénotype vulnérable du TPN et les problèmes interpersonnels, et médie complètement cette relation pour le phénotype grandiose. Par ailleurs, les analyses ont montré des résultats non significatifs lorsque l'attachement est inclus à titre de modérateur dans ces relations, ce qui suggère, selon les auteurs, que « les représentations instables du soi affectent indirectement le fonctionnement interpersonnel chez les individus ayant des traits narcissiques, quel que soit leur style d'attachement » (traduction libre;

Biberdzic et al., 2023). Selon Kernberg (2006), l'attachement insécurisant constitue un facteur de risque important à l'identité diffuse. Ainsi, il est possible que l'attachement insécurisant soit un précurseur de la diffusion de l'identité, qui à son tour, se voudrait un précurseur du développement de traits narcissiques pathologiques, sans qu'il y ait alors de lien direct unissant l'attachement insécurisant et le TPN. À notre connaissance, cependant, aucune étude n'a encore exploré le rôle potentiel de l'identité diffuse en tant que variable médiatrice ou modératrice de la relation entre la détresse psychologique et le TPN. Toutefois, considérant que la relation entre la détresse psychologique et le TPN s'est avérée médiée par l'altération du fonctionnement dans une étude de Miller et al. (2007), et qu'un rôle de médiateur a été rapporté pour l'identité diffuse dans certaines études sur le TPN (p. ex., Biberdzic et al., 2023; Di Pierro et al., 2018), il semble plausible que la relation entre la détresse et le TPN puisse, elle aussi, être directement ou indirectement expliquée par l'identité diffuse. En contraste, une étude récente de Girard (2024) portant sur la relation entre l'identité diffuse et la détresse psychologique a mis en évidence un rôle de médiation partielle du TPN, avec des patrons de médiation inversés selon le phénotype.

5.2 Hypothèse 4 : Généralisation des résultats à la population générale

Notre quatrième hypothèse avait pour prémisse que les résultats obtenus puissent être généralisés à un échantillon d'hommes tiré de la population générale. Ainsi, nous supposons que l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique permettent aussi de prédire statistiquement la gravité du TPN chez une population non-clinique. À la lumière des résultats obtenus, cette hypothèse s'avère partiellement soutenue.

D'abord, tout comme dans l'échantillon clinique, les résultats démontrent que l'identité diffuse constitue un prédicteur statistiquement significatif de la gravité du TPN dans un échantillon d'hommes tiré de la population générale. Lorsqu'une attention particulière est

apportée aux phénotypes, toutefois, l'identité diffuse prédit uniquement la gravité du phénotype grandiose, tandis qu'aucune relation significative n'est observée avec le phénotype vulnérable. Il s'agit ainsi d'une différence avec l'échantillon clinique, où l'identité diffuse s'est avérée un prédicteur significatif de la sévérité du TPN pour les deux phénotypes.

De plus, contrairement à ce qui a été observé dans l'échantillon clinique, l'attachement insécurisant émerge également comme un prédicteur statistiquement significatif de la gravité du TPN dans l'échantillon non-clinique. Plus précisément, il permet de prédire la gravité du phénotype vulnérable, quoique cette relation est non significative pour le phénotype grandiose. Pris ensemble, ces résultats laissent entrevoir que, chez les hommes de la population générale, la présence de clivage et le manque d'intégration et de stabilité des consciences de soi et des autres prédisent la gravité des traits grandioses du TPN, alors que l'intégration d'un modèle négatif des représentations mentales de soi (type anxieux de l'attachement) et/ou des autres (type évitant de l'attachement) permet de prédire statistiquement la sévérité des caractéristiques vulnérables. Cela contraste légèrement avec l'échantillon clinique, où, suivant la même explication, le clivage et l'instabilité des consciences de soi et des autres permettent à la fois de prédire la gravité des caractéristiques grandioses et vulnérables d'un individu présentant un TPN, sans égard à l'attachement insécurisant.

En ce qui concerne la détresse psychologique, celle-ci ne s'avère pas un prédicteur statistiquement significatif de la sévérité du TPN—y compris de ses phénotypes—chez les hommes de l'échantillon non-clinique. Bien que ces résultats contredisent notre hypothèse initiale selon laquelle la détresse psychologique prédirait statistiquement la gravité du TPN, ils sont néanmoins congruents avec ceux obtenus dans l'échantillon clinique pour cette même variable. À l'examen de la colinéarité entre les variables de l'échantillon non-clinique, toutefois,

la détresse psychologique montre une corrélation élevée de .78 avec l'identité diffuse.

Tabachnick et Fidell (2013) mettent en garde contre l'inclusion dans une même analyse de deux variables corrélées à plus de .70, car bien qu'elles ne soient pas tout à fait multicollinéaires ($r > .90$), leur redondance est jugée susceptible d'interférer avec les analyses. Ainsi, au-delà des interprétations proposées pour l'échantillon clinique, il est possible que l'absence de résultat significatif pour la détresse psychologique dans la régression multiple de l'échantillon non-clinique puisse s'expliquer par la forte corrélation entre l'identité diffuse et la détresse, où le modèle n'a pas réussi à isoler l'effet unique de la détresse psychologique sur la gravité du TPN (ou de ses phénotypes) de celui de l'identité diffuse. En d'autres termes, il demeure possible que notre hypothèse de départ—à savoir que la détresse psychologique prédit la gravité du TPN—soit valide, en dépit de l'absence de résultat significatif ici obtenu pour cette variable.

Enfin, certains critiquent les échantillons cliniques dans la littérature pour ne pas être les plus représentatifs du TPN, considérant, entre autres, que ces individus tendent à présenter des taux de comorbidité élevés avec d'autres troubles susceptibles d'influencer la symptomatologie du TPN (Miller et al., 2017). Ces échantillons sont donc jugés plus à risques de présenter des cas inhabituels ou atypiques de TPN, ce qui nuit à la généralisation des résultats (Miller et al., 2017). Par conséquent, bien que les analyses aient révélé des résultats similaires pour la détresse psychologique dans les deux échantillons, les résultats obtenus dans l'échantillon non-clinique au sujet de l'identité diffuse et de l'attachement insécurisant présentent possiblement une plus grande valeur en matière de validité externe que ceux obtenus dans l'échantillon clinique pour décrire les relations les plus couramment observées entre ces variables et le TPN.

5.3 Comparaisons inter-groupes

5.3.1 TPN

Des différences dans les niveaux moyens de gravité du TPN sont notées entre les deux échantillons. Bien que ces différences soient modestes, les résultats démontrent que la sévérité de la pathologie du TPN dans l'échantillon clinique se fait un peu plus grave que celle observée dans l'échantillon non-clinique.

Plus précisément, les hommes de l'échantillon clinique rapportent légèrement plus de grandiosité que leurs homologues de l'échantillon non-clinique, notamment une tendance un peu plus élevée à l'exploitation d'autrui, et surtout, une conviction modérément plus importante de posséder des droits supérieurs. Ces résultats sont compatibles avec ceux d'une analyse factorielle du *Narcissistic Personality Inventory* (NPI), où seule la sous-échelle *Exploitation/Supériorité des droits* a montré des associations significatives avec le TPN (Emmons, 1987). Cette propension à exploiter autrui et à croire mériter des privilèges spéciaux peut ainsi permettre de mieux expliquer les problèmes interpersonnels associés à des comportements vindicatifs et dominateurs que rapportent aussi bien les individus grandioses que vulnérables (Bennett, 2006). Bien que les deux phénotypes du TPN aient démontré des associations positives avec la supériorité des droits, Miller et al. (2011) sont d'avis que les sentiments qui sous-tendent cette conviction diffèrent. Ainsi, selon ces auteurs, les individus grandioses ont la conviction de posséder des droits supérieurs puisqu'ils se considèrent mieux ou meilleurs que les autres, alors que les individus vulnérables croient mériter un traitement spécial en raison de leur fragilité (Miller et al., 2011). Par ailleurs, il a été révélé dans une étude de Edershile et Wright (2020) que la supériorité des droits joue un rôle important dans la fluctuation entre les états narcissiques de grandiosité et de vulnérabilité. Ainsi, tout porte à croire que la supériorité des droits s'agit d'un signe

pathognomique particulièrement important au syndrome du TPN. Autrement, les résultats ne révèlent pas de différences significatives entre les deux échantillons concernant les fantasmes grandioses.

En ce qui a trait au phénotype vulnérable, les hommes de l'échantillon clinique rapportent globalement un peu plus de vulnérabilité narcissique que les hommes de l'échantillon non-clinique, quoiqu'ils présentent des résultats similaires à ceux-ci en ce qui concerne les sous-échelles du phénotype vulnérable, c'est-à-dire en matière d'autovalorisation par sacrifice de soi, d'estime de soi contingente, de dissimulation de soi et de dévalorisation d'autrui. Similairement, Fossati et al. (2015) ont observé une différence significative dans les niveaux de vulnérabilité narcissique entre leurs échantillons clinique et non clinique. Selon eux, cette élévation de la vulnérabilité narcissique pourrait contribuer à la détresse psychologique incitant les individus à rechercher des soins (Ellison et al., 2013; Fossati et al., 2015).

Cela dit, dans l'ensemble, nos résultats diffèrent quelque peu de ceux de Fossati et al. (2015), qui ont observé des différences significatives entre les échantillons clinique et non clinique uniquement pour le phénotype vulnérable.

De plus, nos résultats laissent entrevoir qu'un nombre non négligeable de participants—aussi bien dans l'échantillon clinique que non-clinique—présenterait les caractéristiques d'un TPN de façon notable (traits). Plus précisément, environ 19 % des hommes de l'échantillon clinique et 17 % de ceux de l'échantillon non-clinique rapportent des niveaux de traits narcissiques dépassant un écart-type au-dessus de la moyenne. Ainsi, bien que ces individus ne remplissent probablement pas les critères d'un TPN, leurs scores indiquent néanmoins qu'ils présenteraient des traits narcissiques de façon plus importante que la norme. De ces taux sont exclus les participants présentant des traits de façon marquée, où jusqu'à 1 % des hommes de

l'échantillon clinique et jusqu'à 4 % de ceux de l'échantillon non-clinique rapportent des niveaux de traits narcissiques se situant à deux écarts types ou plus au-dessus de la moyenne. Cela suggère qu'ils pourraient potentiellement satisfaire les critères de syndrome du TPN ou de ses phénotypes, voire possiblement faire l'objet d'un diagnostic clinique. Pris ensembles, ces résultats suggèrent qu'un peu plus de 20 % des hommes l'échantillon clinique et environ 21 % de ceux de l'échantillon non-clinique, présenteraient des traits narcissiques de façon notable, voire marquée.

Enfin, certains participants de la base de données présentent simultanément des traits appartenant aux deux phénotypes. Ainsi, nos résultats apparaissent cohérents avec ceux obtenus par Fossati et al. (2015), lesquels ont mis en évidence la coexistence de caractéristiques grandioses et vulnérables chez un même individu qui présente un TPN dans des échantillons clinique et non-clinique. Par conséquent, il semble effectivement possible qu'une personne puisse à la fois adopter une attitude vantarde et arrogante, afficher une grande confiance en soi, ainsi qu'un sens exagéré de sa propre importance, tout en étant extrêmement sensible à la critique et envahie par des sentiments d'insécurité et d'inadéquation.

5.3.2 Identité diffuse

En ce qui a trait à l'identité diffuse, une différence statistiquement significative, bien que modeste, est notée entre les échantillons clinique et non-clinique. Ainsi, nos résultats indiquent que les hommes de l'échantillon clinique présentent, en moyenne, des perturbations un peu plus marquées au niveau de leur identité que les hommes de l'échantillon non-clinique. Ces résultats sont cohérents avec les différences significatives observées dans la gravité du TPN entre les deux échantillons, ainsi qu'avec les résultats des analyses de régression présentés précédemment. Le fait que l'échantillon clinique présente une identité légèrement plus diffuse que l'échantillon

non-clinique est également un résultat auquel nous nous attendions, considérant que l'échantillon clinique a été recruté dans un centre de traitement et de réadaptation dédié aux hommes présentant une dépendance liée à l'alcool et/ou drogue, et que l'identité diffuse a été associée à la toxicomanie dans la littérature (Jones et al., 1992; White et al., 2003).

5.3.3 Attachement insécurisant

Surprenamment, les résultats n'ont pas révélé de différences significatives entre les hommes de l'échantillon clinique et ceux de l'échantillon non-clinique face à leur niveau d'attachement insécurisant. Cela demeure vrai lorsque l'on s'intéresse aux types évitant et anxieux de l'attachement séparément (voir Tableau 3). Plusieurs hypothèses viennent à l'esprit pour expliquer ces résultats. D'abord, rappelons que les personnes présentant un TPN tendent à pseudomentaliser et à entretenir des relations superficielles (Karterud & Kongerslev, 2019; Kernberg, 1984). Combiné au manque d'introspection rapporté pour cette population, il apparaît possible que les réponses des participants de l'échantillon clinique ne dressent pas un portrait juste de leurs relations d'intimités, où ils tendent à surévaluer la qualité de leurs relations interpersonnelles (Karterud & Kongerslev, 2019). Ainsi, il est possible que les personnes présentant un TPN aient le sentiment ou l'impression d'entretenir des relations d'intimités satisfaisantes, sans pour autant que cette perception ne soit partagée par leurs proches. Une autre piste d'interprétation concerne la non-spécificité de l'attachement insécurisant. En effet, bien qu'il ait été identifié comme un facteur de risque dans le développement du TPN, l'attachement insécurisant constitue également un facteur de vulnérabilité pour de nombreuses autres psychopathologies, y compris d'autres troubles de la personnalité (Bowlby, 1979; Brennan & Shaver, 1998; Dickinson & Pincus, 2003). Étant donné que les analyses de la présente étude ne contrôlent pas pour la présence d'autres troubles de la santé mentale, il est possible que les

participants de l'échantillon non-clinique présentent un niveau de comorbidités comparable à celui de l'échantillon clinique, ce qui pourrait expliquer des tendances similaires en matière d'attachement insécurisant.

5.3.4 Détresse psychologique

Quant à la détresse psychologique, la majorité des participants rapporte être accablée d'une symptomatologie élevée, ce qui est vrai pour les deux échantillons. L'échantillon clinique rapporte globalement un peu plus de détresse—notamment davantage d'anxiété, et surtout, d'irritabilité—que l'échantillon non-clinique. Une première piste d'interprétation est que l'anxiété et l'irritabilité soient les symptômes de détresse psychologique les plus spécifiquement associés au TPN, puisque nos résultats démontrent également que le TPN est présent de façon un peu plus sévère chez cette population. Par exemple, plusieurs études démontrent que les personnes qui présentent un TPN tendent à vivre de la colère—particulièrement dans des contextes où leur estime de soi se trouve menacée (Gore & Widiger, 2016; Raskin et al., 1991)—de même que de l'anxiété à la suite de difficultés ou d'échecs dans leur vie personnelle (Miller et al., 2007). En outre, considérant que les hommes de l'échantillon clinique présentaient des problèmes de consommation liés à l'alcool ou aux drogues, il est possible que l'anxiété et/ou l'irritabilité liées au TPN aient contribué à leur problème de consommation, notamment dans le cadre d'une tentative d'automédication (Stinson et al., 2008), ou aient poussé ces individus à rechercher de l'aide pour adresser leur dépendance (Fossati et al., 2015). À l'inverse, il se pourrait que cette plus grande détresse psychologique soit secondaire au contexte dans lequel se trouvaient ces individus au moment de leur participation à l'étude. En effet, il convient de rappeler que, comparativement aux hommes de l'échantillon non-clinique, ceux de l'échantillon clinique venaient d'intégrer un centre de réadaptation en dépendance dans les quelques jours ou

semaines précédant leur participation à l'étude. Ainsi, ces individus étaient confrontés à plusieurs facteurs susceptibles de générer en soi de l'anxiété et de l'irritabilité, tels qu'un arrêt de la consommation et le fait de se trouver dans un nouvel environnement contrôlé en compagnie d'inconnus et en l'absence de leurs proches, pour n'en nommer que quelques-uns.

5.4 TPN et phénotypes

En ce qui concerne les enjeux d'opérationnalisation du TPN, nos résultats apportent une certaine nuance à l'égard de ses phénotypes. D'une part, les résultats de notre étude démontrent que la grandiosité et la vulnérabilité ne sont pas statistiquement multicollinéaires, puisque, pour les deux échantillons, la corrélation entre ces deux construits demeure sous le seuil de multicollinéarité établi ($r < .90$; Tabachnick & Fidell, 2013). D'autre part, les analyses tendent à démontrer qu'il s'agit tout de même de construits redondants ($r > .70$; Tabachnick & Fidell, 2013), ce qui est surtout vrai pour l'échantillon clinique où l'association entre ces construits s'est montrée particulièrement élevée. Ensemble, ces résultats semblent confirmer que les deux phénotypes partagent effectivement de nombreuses caractéristiques communes du TPN—d'où leur association élevée—mais que certaines distinctions notables entre les deux phénotypes ne peuvent être capturées sous le construit général du TPN et méritent ainsi d'être étudiées séparément. D'autres chercheurs dans le domaine ont eux aussi observé de fortes corrélations entre les phénotypes grandiose et vulnérable, et sont parvenus à des interprétations similaires (p. ex., Fossati et al., 2015; Newcomb et al., 2024; Wright et al., 2010).

Fossati et al. (2015) ont d'ailleurs poussé leurs analyses un peu plus loin en testant précisément la dissociabilité des facteurs du PNI dans des échantillons clinique et non-clinique. Ils ont comparé l'ajustement du modèle à deux-facteurs proposé par Wright et al. (2010), qui entend que les facteurs de grandiosité et de vulnérabilité sont corrélés à un certain degré entre

eux (mais pas entièrement multicollinéaires), à celui d'un second modèle qui suppose une corrélation parfaite entre ces mêmes facteurs (corrélation de 1.00), c'est-à-dire, qui implique que ces derniers sont identiques. Les résultats obtenus soutiennent effectivement que les facteurs de grandiosité et de vulnérabilité du TPN sont dissociables, en dépit de leur forte corrélation (Fossati et al., 2015).

De plus, Miller et al. (2011) ont observé une absence d'association significative entre les corrélats du narcissisme grandiose et ceux du narcissisme vulnérable. Ainsi, malgré la forte corrélation entre ces construits, des patrons d'associations divergents tendent à être observés pour les deux phénotypes (Miller et al., 2011), renforçant la pertinence de s'attarder séparément à la grandiosité et à la vulnérabilité narcissique dans la littérature scientifique. D'un autre côté, dans leur méta-analyse, Jauk et collègues (2021) ont observé que la corrélation entre la grandiosité et la vulnérabilité narcissique s'intensifie à mesure que le niveau de grandiosité augmente. Selon les auteurs, il apparaît donc possible que les individus présentant un niveau élevé de grandiosité éprouvent des états cooccurrents de vulnérabilité plus fréquents et/ou plus marqués que ceux dont le niveau de grandiosité est moindre (Jauk et al., 2021). Par conséquent, il semble que la force de l'association entre les deux phénotypes puisse également varier en fonction de la gravité de la pathologie du TPN, et plus particulièrement en ce qui concerne ses caractéristiques grandioses.

5.5 Forces et limites

Tout d'abord, notre projet a pour force principale la nature de ses échantillons. En effet, notre étude s'intéresse à des participants tirés à la fois d'un milieu clinique et de la population générale, ce qui se veut un avantage en matière de validité externe. Par ailleurs, la taille respective de nos échantillons est tout à fait respectable, permettant de garantir une meilleure

représentativité et une plus grande fiabilité de nos résultats. De plus, la présente recherche s'intéresse à la forme exhaustive du TPN, c'est-à-dire incluant les caractéristiques vulnérables du trouble, souvent négligées dans la littérature, et emploie par conséquent un outil maintes fois validé pour mesurer les deux phénotypes du TPN (Biberdzic et al., 2023; Fossati et al., 2015). À notre connaissance, il s'agit de la première étude à s'intéresser aux relations unissant l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique et la gravité du TPN tel que conceptualisé par Pincus et al. (2009) à l'aide d'un modèle de prédiction, et ce, au sein d'échantillons clinique et non-clinique.

Néanmoins, notre étude présente certaines limites importantes à considérer. D'abord, le fait que les échantillons soient composés strictement d'hommes représente une certaine faiblesse en matière de validité externe. Il est possible que cette population ne soit pas entièrement représentative de celle d'autres groupes de personnes, notamment les femmes cisgenres, les personnes trans, non binaires ou s'identifiant à toute autre identité de genre. Par conséquent, nos résultats pourraient ne pas être généralisables à ces populations. Par exemple, la littérature fait état d'un effet de genre important en ce qui concerne la personnalité : lorsque les différences entre les hommes et les femmes sur plusieurs traits sont combinées, les profils de personnalité entre les deux genres ne se chevauchent qu'à environ 10 % (Del Giudice, 2019). Des différences notables ont également été relevées en ce qui a trait spécifiquement au TPN. Ainsi, des études montrent que les hommes ont tendance à présenter davantage de symptômes, ou encore, des niveaux plus élevés de traits narcissiques que les femmes (Grijalva et al., 2015; Miller et al., 2007). Des différences entre les genres ont également été observées pour certaines caractéristiques ou symptômes du TPN (Grijalva et al., 2015; Hoertel et al., 2018; Holtzman et al., 2010; Miller et al., 2010), ainsi que pour les autres variables à l'étude, c'est-à-dire en lien

avec l'identité, l'attachement et la détresse psychologique (p. ex., Antonova & Ivanova, 2016; Campbell et al., 2021; Mommersteeg et al., 2024; Weber et al., 2022).

Une autre limite importante réside dans le fait que les participants de l'échantillon clinique présentaient tous un trouble lié à l'usage ou à l'abus de substances. Cet aspect est susceptible d'avoir exercé une influence sur les résultats obtenus au sein de l'échantillon clinique, en plus de représenter une source de différence inter-groupe avec l'échantillon non-clinique, ce qui complique la comparabilité entre les deux groupes. Outre la toxicomanie, rappelons que des différences significatives d'intensité modérée ont été observées entre les données sociodémographiques des deux échantillons, plus précisément concernant l'âge moyen, le statut conjugal et le niveau de scolarité des participants. Ces variables, n'ayant pas été contrôlées dans les analyses, pourraient également avoir influencé les résultats. Par exemple, l'étude épidémiologique de Stinson et al. (2008) indique une relation inverse entre l'âge et le TPN, suggérant que l'intensité des traits narcissiques tend à diminuer avec le temps, particulièrement après l'âge de 29 ans. Cette même étude a également observé une prévalence plus élevée du TPN chez les personnes séparées, divorcées, veuves ou jamais mariées (Stinson et al., 2008).

De plus, la collecte des données cliniques s'étant produite plus de dix ans avant celle des données non-clinique, il est possible que des différences culturelles et sociétales—lesquelles évoluent rapidement—entre ces deux périodes soient confondues dans les résultats. Par exemple, compte tenu de la tendance à la hausse du narcissisme dans la société (Twenge, 2006; Twenge et al., 2010), il est possible que la sévérité du TPN dans l'échantillon clinique, recueilli il y a plusieurs années, soit moindre que celle que l'on pourrait observer aujourd'hui. Dans la même veine, étant donné que, ces dernières années, l'expression émotionnelle chez les hommes—

comme la vulnérabilité ou le partage des émotions—est de plus en plus encouragée culturellement (Linceviciute et al., 2022), il est possible que les hommes recrutés dans l'échantillon clinique à l'époque aient été un peu plus réticents à répondre avec sincérité aux questions s'intéressant à leur détresse psychologique, comparativement aux hommes de l'échantillon non-clinique recrutés plus récemment. Par conséquent, il s'avère une possibilité que le niveau de détresse psychologique soit légèrement sous-estimé dans la population clinique. Dans le même ordre d'idées, puisque toutes les mesures de la présente étude reposent sur des questionnaires autorapportés, il est possible que les réponses des participants ne peignent pas un portrait juste de leur personne, surtout en ce qui concerne la présence et, le cas échéant, la sévérité de leurs caractéristiques narcissiques. En effet, Cain et al. (2008) ont mis en évidence un faible accord interjuge entre les symptômes de TPN autorapportés par les individus et ceux rapportés par un membre de leur entourage, les premiers ayant tendance à sous-estimer leur symptomatologie par rapport aux observations de leurs proches.

D'un point de vue méthodologique, la nature transversale de la présente étude représente également une limitation. En effet, considérant qu'il a été théorisé—et, à quelques occasions, démontré empiriquement—que les phénotypes du TPN sont appelés à osciller dans le temps chez un même individu, le caractère transversal de l'étude ne permet pas de capturer les différences et subtilités intraindividuelles du trouble lui-même, ni ses dynamiques avec les autres variables à l'étude. Le PNI, soit l'outil ici utilisé pour mesurer le TPN, n'a pas non plus été conçu de manière à adresser les fluctuations des caractéristiques grandioses et vulnérables (Gore & Widiger, 2016). Il est donc possible que certains individus généralement grandioses aient répondu aux différents questionnaires de notre étude lors d'un moment de vulnérabilité, ou à l'inverse, que des individus habituellement vulnérables aient participé à l'étude lors d'un état

temporaire de grandiosité. En conséquence, il est possible que les réponses des participants ne soient pas tout à fait représentatives de leurs tendances générales en matière d'identité, d'attachement et de détresse. Une limitation supplémentaire de cet outil concerne l'opérationnalisation de ses sous-échelles. En effet, rappelons que le PNI a été soumis à plusieurs analyses factorielles, notamment celle de Pincus et al. (2009), la version de Wright et al. (2010), ainsi que celle de Diguier et al. (2020), qui est celle utilisée dans la présente étude. Il va donc sans dire que l'absence de consensus sur la factorisation à privilégier pour cet outil entraîne une certaine variabilité, non seulement dans les résultats rapportés entre les différentes études utilisant le PNI, mais aussi dans la définition même des phénotypes narcissiques grandiose et vulnérable au plan conceptuel. Des résultats et conclusions différents pourraient donc être potentiellement tirés à partir des mêmes données brutes, selon la factorisation retenue.

Finalement, puisqu'il ne s'agit pas d'une étude expérimentale dans des conditions contrôlées, nous ne pouvons documenter la séquence temporelle des variables. En d'autres termes, il n'est pas possible d'établir de relation de causalité—ni de déterminer la direction des liens causaux, le cas échéant—entre le TPN et les trois variables à l'étude. Ainsi, bien que l'objectif de la présente étude soit de *prédire*, au sens statistique, les associations entre le TPN et les différentes variables examinées, celle-ci ne permet pas d'inférer une quelconque relation de cause à effet. Même s'il paraît logique—sur la base des théories existantes—de supposer que le développement de l'identité et de l'attachement précède, et contribue dans une certaine mesure, à l'émergence d'un trouble de la personnalité, cette hypothèse demeure toutefois spéculative. Par exemple, il pourrait être possible que ce soit le développement d'un TPN qui précède, voire entraîne, une diffusion de l'identité, une perturbation de la sécurité de l'attachement, ainsi qu'une détresse psychologique.

5.6 Implications

Malgré les limites évoquées ci-haut, notre étude présente plusieurs retombées importantes à la compréhension du TPN.

5.6.1 *Implications fondamentales*

En matière de retombées fondamentales, les contributions les plus élémentaires du présent projet concernent la reconnaissance des phénotypes grandiose et vulnérable du TPN. En effet, les résultats obtenus dans la présente étude permettent non seulement d'attester à la présence de ces deux phénotypes, mais aussi, renforcent l'importance d'étudier les manifestations de ces caractéristiques séparément, étant donné que des distinctions entre ceux-ci ont été mises en évidence vis-à-vis de leurs relations avec les variables à l'étude. En effet, un portrait davantage précis se dessine lorsque les deux phénotypes sont étudiés de façon individuelle, alors que certains de ces liens se trouvent camouflés lorsque seul le TPN dans son ensemble est considéré. Cela contribue possiblement à expliquer certaines contradictions ou confusions dans la littérature au sujet du TPN. Une seconde contribution digne de mention correspond au fait que les résultats de notre étude apportent certains éléments de preuve à la théorie selon laquelle les personnes ayant un TPN peuvent présenter à la fois des caractéristiques grandioses et vulnérables (p. ex., Kernberg, 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2009). Ces constats ont des implications fondamentales quant à la définition du TPN, à savoir que la grandiosité et la vulnérabilité narcissique se voudraient des dimensions distinctes, et non pas les pôles opposés d'un même spectre, soutenant une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle de ces phénotypes (Miller & Campbell, 2008). Ainsi, il ne s'agit pas de classer les individus ayant un TPN selon qu'ils présentent le phénotype grandiose *ou* vulnérable du trouble, mais plutôt de connaître dans quelle proportion ils présentent les caractéristiques grandioses du

trouble, et dans quelle proportion ils présentent les caractéristiques vulnérables du trouble, le tout, afin de déterminer si l'un des phénotypes prédomine, ou encore, s'il s'agit d'une forme mixte des deux présentations. À notre connaissance, seule une étude de Fossati et al. (2015) a également démontré de façon empirique la cooccurrence de caractéristiques grandioses et vulnérables.

Outre ses implications quant à la définition du TPN à proprement parler, notre projet rend disponible des données empiriques au sujet des liens qui unissent ce trouble à l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique. Bien qu'un projet similaire ait été mené par Biberdzic et al. (2023)—lequel s'est intéressé aux liens unissant le TPN et l'intégration de l'identité, l'attachement et les problèmes interpersonnels—à notre connaissance, la présente étude constitue la première à intégrer l'identité diffuse telle que définie par Kernberg, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique sous un même modèle de prédiction. Les résultats obtenus viennent appuyer et préciser les théories existantes, notamment psychodynamiques, voulant que l'identité diffuse et l'attachement insécurisant constituent des facteurs importants aux troubles de la personnalité et à leur gravité.

Plus précisément dans le cadre du TPN, la présente étude soutient en grande partie la proposition de Kernberg selon laquelle l'identité diffuse constitue le facteur le plus indicateur de la gravité du trouble (Jørgensen et al., 2024; Kernberg & Caligor, 2005). En effet, l'identité diffuse s'est démarquée comme la variable la plus significative dans notre modèle de régression chez les hommes de l'échantillon clinique, et ce, pour les deux phénotypes. Compte tenu du nombre limité d'études portant sur le TPN et l'identité diffuse telle que définie par Kernberg, la présente étude vient étoffer les données empiriques disponibles à ce sujet et permet de mieux supporter scientifiquement cette théorie.

Quant à l'attachement insécurisant, la présente étude permet d'apporter une certaine nuance quant à sa relation avec le TPN. Ainsi, nos résultats indiquent que l'attachement insécurisant est effectivement important dans la gravité du TPN, mais surtout en lien avec la vulnérabilité narcissique chez les individus non cliniques. Cette observation supporte les données existantes entourant les liens entre le phénotype vulnérable et l'attachement insécurisant (p. ex., Fossati et al., 2015; Kaufman et al., 2020; Miller et al., 2010, 2011) et permet potentiellement de mieux expliquer l'état contradictoire de la littérature au sujet du TPN et de l'attachement lorsque les phénotypes ne sont pas pris en considération séparément. Ce résultat permet également de supporter la théorie avancée par Pistole (1995), selon laquelle l'attachement insécurisant pourrait constituer une stratégie ou un mécanisme de défense visant à réguler un niveau de vulnérabilité narcissique élevé.

La présente recherche se distingue également par son approche novatrice, en explorant la détresse psychologique associée au TPN. En effet, les données empiriques concernant la détresse psychologique au sein de cette population se font rares, tant dans les études anciennes que récentes (Miller et al., 2007). Ce constat est particulièrement curieux, voire alarmant, considérant que la détresse psychologique figure parmi les critères diagnostiques du trouble. La présente étude se fait ainsi importante, d'une part en raison de sa contribution au nombre limité de données disponibles sur le sujet, et d'autre part parce que ses résultats soutiennent la nécessité de poursuivre les recherches exploratoires empiriques dans ce domaine. En effet, bien que la détresse psychologique ne se soit pas révélée être un prédicteur significatif de la gravité du TPN dans notre modèle, elle présente néanmoins des corrélations faibles à modérées avec ce trouble et ses deux phénotypes dans l'échantillon clinique, et des corrélations modérées dans l'échantillon non-clinique. Alors que la détresse psychologique est souvent mentionnée en théorie et en

clinique chez cette population, elle reste insuffisamment démontrée par des preuves empiriques (Miller et al., 2007). Davantage de recherches apparaissent ainsi nécessaires afin de mieux cerner empiriquement cette détresse présumée, notamment en identifiant les facteurs médiateurs sous-jacents à sa relation avec le TPN, ou encore les symptômes ou manifestations de détresse qui lui sont spécifiquement associés.

Au-delà des variables examinées, l'originalité de la présente étude réside également dans l'inclusion d'échantillons à la fois clinique et non-clinique. À notre connaissance, seuls Fossati et collègues (2015) se sont intéressés à examiner ces deux populations au sein d'une seule et même étude. La présente étude permet ainsi de mettre en lumière certaines différences inter-groupes intéressantes. D'abord, les résultats indiquent, de manière générale, une sévérité légèrement plus élevée du TPN—y compris de ses phénotypes—au sein de la population clinique comparativement à la population non-clinique. Or, la présente étude révèle qu'en termes de prévalence, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les deux échantillons. Autrement dit, un nombre comparable d'individus présentent des traits narcissiques (soit un écart-type au-dessus de la moyenne) ou possiblement un syndrome narcissique (deux écarts-types au-dessus de la moyenne) dans les deux groupes. Cette constatation vient appuyer l'hypothèse selon laquelle les taux de prévalence du TPN seraient actuellement sous-estimés dans la population générale—une sous-estimation qui pourrait possiblement s'expliquer du fait que la plupart des études épidémiologiques évaluent le TPN selon les critères du DSM (Yakeley, 2018).

Enfin, plus largement, le présent projet contribue à l'avancement des connaissances au sujet du TPN de par son apport en données empiriques, dans un contexte où la littérature scientifique disponible sur ce trouble demeure limitée (Caligor et al., 2015; Dhawan et al., 2010).

5.6.2 Implications appliquées

Pour ce qui est des retombées appliquées du présent projet, nos résultats sont en faveur, non seulement de l'incorporation des caractéristiques vulnérables comme symptômes du TPN dans le DSM (critère A de la section II), mais aussi, de l'adoption d'un modèle dimensionnel plutôt que catégoriel pour tenir compte des deux phénotypes du TPN et de leur possible coexistence (Miller et al., 2008). Conséquemment, en attendant l'intégration éventuelle de ces changements dans une future version du DSM, le MATP apparaît comme l'approche la plus appropriée pour diagnostiquer correctement les individus présentant un TPN à partir de ce manuel.

Par ailleurs, les résultats de notre étude permettent de mieux préciser, et ainsi d'orienter, les cliniciens quant aux enjeux prioritaires à cibler lors de l'évaluation et du traitement, du moins en ce qui concerne les variables incluses dans notre modèle. Ainsi, nos résultats suggèrent que chez une population clinique, souvent aux prises avec d'autres comorbidités au plan de la santé mentale, l'identité diffuse s'avère l'enjeu le plus important à considérer dans l'évaluation de la gravité du TPN et de son pronostic, et ce, invariablement des caractéristiques présentées. Dans un même ordre d'idées, il semble que travailler l'intégration, la différenciation et la stabilité des consciences de soi et des autres, plutôt que de travailler les enjeux d'attachement, soit l'avenue la plus prometteuse afin d'atténuer la sévérité de la symptomatologie du trouble et, du fait même, améliorer le fonctionnement interpersonnel (Bennett, 2006; Biberdzic et al., 2023). Dans la population générale, toutefois, il peut s'avérer pertinent pour les cliniciens d'accorder une attention particulière à la nature des caractéristiques qui prédominent chez les patients présentant un TPN. Ainsi, chez les individus présentant davantage le phénotype grandiose, nos résultats indiquent que l'identité diffuse constitue l'élément le plus influent quant à la gravité du trouble,

alors que chez les individus plus vulnérables, il s'agit plutôt de l'attachement insécurisant. Par conséquent, les patients plus élevés en grandiosité bénéficieraient surtout d'un plan de traitement visant à réduire le clivage et à améliorer les capacités de mentalisation (Biberdzic et al., 2023). Les patients élevés en vulnérabilité auraient, quant à eux, avantage à travailler leur propension à faire preuve d'anxiété et/ou d'évitement dans leurs relations de proximité, en tentant une reconfiguration positive de leur modèle internalisé des représentations de soi et d'autrui grâce au soutien de leur thérapeute.

Néanmoins, dans tous les cas, nos résultats indiquent que la détresse psychologique ne constitue pas un prédicteur statistiquement significatif de la gravité du TPN, du moins lorsqu'elle est comparée à l'identité diffuse et à l'attachement insécurisant. Considérant que la détresse s'avère parfois conséquente à des altérations du fonctionnement (Miller et al., 2007) et que l'identité diffuse et l'attachement insécurisant contribuent à des altérations du fonctionnement, il apparaît probable qu'un traitement visant l'une ou l'autre de ces variables—selon le contexte approprié—puisse permettre de soulager, au même moment, les symptômes de détresse psychologique dont souffre un individu qui présente un TPN. D'un autre côté, l'absence de lien significatif dans notre modèle de régression vient, en quelque sorte, appuyer la remise en question de ce critère diagnostique dans le DSM, ou du moins, appelle à des précisions (Miller et al., 2007).

5.7 Recherches futures

Bien que la présente étude supporte des données émergentes en ce qui concerne la présentation des caractéristiques grandioses et vulnérables du TPN, et qu'elle mette en lumière des pistes prometteuses en matière d'évaluation de la gravité du trouble et de son traitement, de

nombreuses recherches demeurent nécessaires pour parvenir à une compréhension et à une définition juste et exhaustive du trouble.

D’abord, les limites concernant la validité externe de notre projet soulignent l’importance de répliquer cette étude auprès d’échantillons composés d’hommes transgenres, de femmes cisgenres et transgenres, de personnes non binaires ou s’identifiant à toute autre identité de genre, afin d’obtenir une image plus fidèle des manifestations du TPN au sein de toute la population. Étant donné que les personnes ayant un TPN ont tendance à rapporter moins de symptômes du trouble que ce que leurs proches observent (Cain et al., 2008), il pourrait être intéressant de comparer les mesures du TPN, de l’identité diffuse, de l’attachement insécurisant et de la détresse psychologique telles qu’auto-rapportées et telles que rapportées par un membre de leur entourage. Aussi, puisque le PNI n’a pas été conçu pour évaluer les fluctuations intraindividuelles possibles des caractéristiques grandioses et vulnérables, il pourrait être intéressant de reproduire la présente étude de façon longitudinale, afin de mieux examiner la théorie en question, dont les données empiriques se trouvent pour le moment émergentes. Par ailleurs, puisque la nature de la mesure des phénotypes influence considérablement leur définition d’un point de vue conceptuel, de même que les résultats et les interprétations qui en découlent, il apparaît pertinent de reproduire cette étude en recourant à d’autres outils couramment utilisés pour évaluer le TPN, ou encore en appliquant une factorisation différente du PNI, à des fins de comparaison.

De plus, bien qu’une étude se soit intéressée au rôle médiateur du TPN dans la relation entre l’identité diffuse et la détresse psychologique (Girard, 2024), aucune étude ne semble avoir exploré le rôle de l’identité diffuse en tant que modérateur ou médiateur de la relation entre la détresse psychologique et la gravité du TPN. Par ailleurs, comme l’étude globale de la détresse

psychologique peut contribuer à masquer des patrons de relation distincts en fonction de la symptomatologie (Ilfed, 1978), une recherche future pourrait s'intéresser à examiner la contribution individuelle des symptômes de détresse psychologique les plus courants face à la gravité d'un TPN. Rappelons également que les pourcentages de variance expliquée obtenus dans les différents modèles de régression de la présente étude s'élèvent, tout au plus, à 44 %. Ainsi, d'autres études apparaissent nécessaires afin de parvenir à mieux élucider les facteurs les plus contributifs à la gravité du trouble, et par conséquent, les plus déterminants au plan du pronostic. Étant donné que le MATP semble le modèle le plus approprié du DSM-5 pour diagnostiquer le TPN dans sa forme exhaustive, il pourrait s'avérer plus que pertinent, par exemple, d'examiner les rôles respectifs des quatre altérations du fonctionnement de la personnalité (soi et interpersonnel) qui figurent au critère A, soit l'*identité*, l'*autodétermination*, l'*empathie* et l'*intimité*, et/ou des traits pathologiques de la personnalité qui figurent au critère B, soit la *grandiosité* et la *recherche de l'attention d'autrui*, dans la gravité d'un TPN (APA, 2013). Enfin, bien qu'il ait été proposé que l'attachement insécurisant soit un facteur de risque à la diffusion de l'identité, un manque de clarté demeure quant aux relations entre ces deux variables (Kernberg, 2006). Considérant que seules ces variables ont montré être en mesure de prédire statistiquement la gravité du TPN—et ce, selon des patrons d'associations entièrement distincts—de futures recherches devraient être consacrées à l'étude des liens entourant spécifiquement l'identité diffuse et l'attachement insécurisant.

CHAPITRE VI

Conclusion

La présente étude avait pour objectif d'évaluer les contributions respectives de l'identité diffuse, l'attachement insécurisant et la détresse psychologique dans la gravité du TPN, et ce, au sein d'échantillons clinique et non-clinique composés d'hommes. Les résultats montrent que, parmi ces variables, seule l'identité diffuse permet de prédire statistiquement de manière significative la gravité du TPN dans une population clinique, tandis que dans une population non clinique, l'identité diffuse et l'attachement insécurisant permettent respectivement de prédire la gravité des caractéristiques grandioses et vulnérables du trouble. Quant à la détresse psychologique, elle ne s'est pas révélée être un prédicteur significatif de la sévérité du TPN dans le modèle. Ainsi, ces résultats suggèrent qu'un traitement visant à intégrer les consciences de soi et des autres, ou encore, à reconfigurer positivement le modèle internalisé des représentations de soi et d'autrui—selon la nature grandiose ou vulnérable des caractéristiques qui prédominent dans le portrait clinique—pourrait s'avérer une avenue particulièrement prometteuse pour réduire la gravité du TPN, spécialement pour les cliniciens d'une approche psychodynamique. Nous espérons ainsi que la présente étude contribuera à apporter certaines clarifications aux plans théoriques et empiriques, et surtout, qu'elle servira à mieux guider les cliniciens dans l'élaboration de leur plan de traitement, afin, ultimement, d'améliorer la prise en charge des personnes présentant un TPN. Rappelons qu'une meilleure prise en charge est non seulement susceptible de permettre aux personnes ayant un TPN de jouir d'un meilleur fonctionnement dans diverses sphères de leur vie quotidienne—incluant la poursuite d'objectifs à long terme—mais aussi, de jouir de relations de proximité plus harmonieuses, contribuant, du fait même, à apaiser la détresse psychologique ressentie par leur entourage.

RÉFÉRENCES

- Abdul Kadir, N.B. (2020). Insecure attachment. In V. Zeigler-Hill & T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 2260–2266). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2025
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Akhtar, S. (1989). Narcissitic personality disorder: Descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatric Clinic of North America*, 12(3), 505–529.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30411-8](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30411-8)
- Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 139(1), 12–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.1.12>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Antonova, N. V., & Ivanova, N. L. (2016). Gender differences in identity features and self-determination process. *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 2(2), 47–64. <https://doi.org/10.22492/ijpbs.2.2.04>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
- Bennett, C. S. (2006). Attachment theory and research applied to the conceptualization and treatment of pathological narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 45–60.
<https://doi.org/10.1007/s10615-005-0001-9>
- Bernardi, R., & Eidlin, M. (2018). Thin-skinned or vulnerable narcissism and thick-skinned or grandiose narcissism: Similarities and differences. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(2), 291–313. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1425599>

- Biberdzic, M., Tan, J., & Day, N. J. (2023). “It’s Not You, It’s Me”: Identity disturbance as the main contributor to interpersonal problems in pathological narcissism. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 3.
<https://doi.org/10.1186/s40479-022-00209-6>
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102–150.
<https://doi.org/10.1080/07351692309349028>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2: Separation, anger, and anxiety*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Tavistock.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835–878. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00034>
- Bretherton, I. (1991). The roots and growing points of attachment theory. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 9–32). Tavistock/Routledge.

- 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., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *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 theory. *Journal of Personality Disorders, 34*(Supplement), 104–121.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.sup.104>
- Campbell, O. L., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health, 13*, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). Factor Structure of the Borderline Personality Inventory in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 20*(1), 59–65. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.59>
- Choi-Kain, L. (2020). Commentary on the special issue: Narcissistic personality disorder: A coming of age. *Journal of Personality Disorders, 34*(Supplement), 210–213.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.sup.210>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cooper, A. M., & Michels, R. (1988). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R). *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1300–1301.
<https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1300>
- Cortina, M. (2003). Defensive processes, emotions and internal working models: A perspective from attachment theory and contemporary models of the mind. In M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (pp. 271–306). Whurr Publishers.
- Cramer, P. (1995). Identity, narcissism, and defence mechanisms in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 29(3), 341–361. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1995.1020>
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 321–330.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>
- Daoust, J. P. (2003). *Santé mentale et organisation de personnalité : Étude exploratoire entre ces deux concepts* [Doctoral dissertation, Université Laval]. Corpus^{UL}.
<http://hdl.handle.net/20.500.11794/44433>
- Dawood, S., Dowgwillo, E.A., Wu, L.Z., & Pincus, A.L. (2018). Contemporary integrative interpersonal theory of personality. In V. Ziegler-Hill & T.K. Shackelford. (Eds.), *The SAGE handbook of personality and individual differences*. New York: Guilford.

- Del Giudice, M. (2019). The evolutionary context of personality development. In D. P. McAdams, R. L. Shiner, & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of personality development* (pp. 20–39). The Guilford Press.
- Dhawan, N., Kunik, M. E., Oldham, J., & Coverdale, J. (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.003>
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1–2), 175–210. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880316>
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L., & Kernberg, O. F. (2021). *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. Guilford Publications.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188–207. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.188.22146>
- DiGiuseppe, R., Robin, M., Szeszko, P. R., & Primavera, L. H. (1995). Cluster analyses of narcissistic personality disorders on the MCMI-II. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 304–317. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.304>
- Diguer, L., Turmel, V., Brin, J., Lapointe, T., Chrétien, S., Marcoux, L.-A., Mathieu, V., & Da Silva Luis, R. (2020). Traduction et validation en français du Pathological Narcissism Inventory [Translation and validation in French of the Pathological Narcissism Inventory].

Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 52(2), 115–120. <https://doi.org/10.1037/cbs0000140>

Dinero, R. E., Donnellan, M. B., & Hart, J. (2022). Developmental trajectories of adult romantic attachment: Assessing the influence of observed interactions with family of origin. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(3), 652–669.
<https://doi.org/10.1177/02654075211044123>

Di Pierro, R., Di Sarno, M., Preti, E., Di Mattei, V. E., & Madeddu, F. (2018). The role of identity instability in the relationship between narcissism and emotional empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 237–243. <https://doi.org/10.1037/pap0000159>

Doidge, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D. C., First, M., Brunshaw, J., Lancee, W. J., Stevens, A., Oldham, J. M. & Mosher, P. (2002). Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(2), 575–614.
<https://doi.org/10.1177/00030651020500021201>

Drozek, R. P., & Unruh, B. T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 177–203.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.177>

Edershile, E. A., & Wright, A. G. (2020). Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(5), 1386–1414. <https://doi.org/10.1037/pspp0000370>

Emmons, R. A. (1987). Narcissism: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 11–17. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.11>

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 212–239. <https://doi.org/10.1002/imhj.10053>
- Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovis, F., & Maffei, C. (2005). A latent structure analysis of Diagnostic and statistical manual of mental disorders, narcissistic personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 361–367. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.006>
- Fossati, A., Borroni, S., Grazioli, F., Dornetti, L., Marcassoli, I., Maffei, C., & Cheek, J. (2009). Tracking the hypersensitive dimension in narcissism: Reliability and validity of the Hypersensitive Narcissism Scale. *Personality and Mental Health*, 3(4), 235–247. <https://doi.org/10.1002/pmh.92>
- Fossati, A., Feeney, J., Pincus, A., Borroni, S., & Maffei, C. (2015). The structure of pathological narcissism and its relationships with adult attachment styles: A study of Italian nonclinical and clinical adult participants. *Psychoanalytic Psychology*, 32(3), 403–431. <https://doi.org/10.1037/a0037175>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132–154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379–387. <https://doi.org/10.1159/000106468>
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527–532.

- Girard, G. (2024). *Les liens entre la diffusion d'identité et la détresse psychologique : le rôle du narcissisme* [Essai de troisième cycle, Université Laval]. Corpus ULaval.
<https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/b9321385-32ed-4221-a00e-d9914eb415b3/content>
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 363–371.
<http://dx.doi.org/10.1037/per0000181>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Grijalva, E., Newman, D. A., Tay, L., Donnellan, M. B., Harms, P. D., Robins, R. W., & Yan, T. (2015). Gender differences in narcissism: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 141(2), 261–310. <https://doi.org/10.1037/a0038231>
- Guédeney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2009). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, questionnaire des échelles de relation): Étude de validation du construit [Construct validation study of the Relationship Scales Questionnaire (RSQ) on an adult sample]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 36(1), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006>

- Harlow, L. L. (2014). *The essence of multivariate thinking: Basic themes and methods* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315832746>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1303>
- Hoertel, N., Peyre, H., Lavaud, P., Blanco, C., Guerin-Langlois, C., René, M., Schuster J.-P., Lemogne, C., Delorme, R., & Limosin, F. (2018). Examining sex differences in DSM-IV-TR narcissistic personality disorder symptom expression using Item Response Theory (IRT). *Psychiatry research*, 260, 500–507. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.031>
- Holtzman, N. S., Vazire, S., & Mehl, M. R. (2010). Sounds like a narcissist: Behavioral manifestations of narcissism in everyday life. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 478–484. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.06.001>
- Hyatt, C. S., Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2018). Ratings of affective and interpersonal tendencies differ for grandiose and vulnerable narcissism: A replication and extension of Gore and Widiger (2016). *Journal of Personality*, 86(3), 422–434. <https://doi.org/10.1111/jopy.12325>
- Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3_suppl), 1215–1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.121>

- Ilfeld Jr, F. W. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 716–724.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300058006>
- Iranian Pehrabad, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., & Modares Gharavi, M. (2016). Psychometric properties of Relationship Scales Questionnaire in Iranian female students. *Practice in Clinical Psychology*, 4(1), 43–50.
- Jauk, E., & Kaufman, S. B. (2018). The higher the score, the darker the core: The nonlinear association between grandiose and vulnerable narcissism. *Frontiers in Psychology*, 9, 1305. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01305>
- Jones, R. M., Ross, C. N., & Hartmann, B. R. (1992). An investigation of cognitive style and alcohol/work-related problems among naval personnel. *Journal of drug education*, 22(3), 241–251. <https://doi.org/10.2190/3HE9-TCAE-2P3Y-BN5H>
- Jørgensen, C. R., Rasmussen, A. S., & BØye, R. (2024). Level of identity diffusion in patients with borderline, narcissistic, avoidant and other specified personality disorder. *Nordic Psychology*, 76(3), 302–316. <https://doi.org/10.1080/19012276.2023.2197561>
- Kacel, E. L., Ennis, N., & Pereira, D. B. (2017). Narcissistic personality disorder in clinical health psychology practice: Case studies of comorbid psychological distress and life-limiting illness. *Behavioral Medicine*, 43(3), 156–164.
<https://doi.org/10.1080/08964289.2017.1301875>
- Karterud, S. W., & Kongerslev, M. T. (2019). A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*, 10, 518.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00518>

- Kaufman, S. B., Weiss, B., Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2020). Clinical correlates of vulnerable and grandiose narcissism: A personality perspective. *Journal of Personality Disorders, 34*(1), 107–130. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_384
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Steinberg, P. I., & Piper, W. E. (2013). Narcissism and relational representations among psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders, 29*(3), 393–407. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_084
- Kealy, D., & Rasmussen, B. (2012). Veiled and vulnerable: The other side of grandiose narcissism. *Clinical Social Work Journal, 40*(3), 356–365. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0370-1>
- 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. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly, 75*(4), 969–1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 55*(2), 503–539. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020701>

- Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic personality disorders: Part 1 [Editorial]. *Psychiatric Annals*, 39(3), 105–107, 110, 164–166. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-04>
- Kernberg, O. F. (2010). Narcissistic personality disorder. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 257–287). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114–156). Guilford Press.
- Kovess, V., Murphy, H. G. M., Tousignant, M., & Fournier, L. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski* [Assessment of the health status of the population of D.S.C. Verdun and Rimouski]. Montréal, Québec: Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.
- Kurdek, L. A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(6), 811–834.
<https://doi.org/10.1177/0265407502196005>
- Láng, A., Péley, B., Barlay, L. M., & Bernáth, L. (2012). Measuring patients' attachment avoidance in psychotherapy: Development of the Attachment Avoidance in Therapy Scale (AATS). *Europe's Journal of Psychology*, 8(4), 620–631.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v8i4.485>
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2009). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature* (4th ed.). McGraw Hill.
- Lefebvre, M. (2015). *Diffusion de l'identité et déficits dans les capacités de mentalisation en tant que prédicteurs de la gravité des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues*

- chez des hommes en traitement de réadaptation : une étude exploratoire* [Essai de troisième cycle, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO.
https://di.uqo.ca/id/eprint/755/1/Lefebvre_Maude_2015_essai%20doctoral.pdf
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Leniarska, M., & Zajenkowski, M. (2022). Why narcissism reduces distress: The consequences of narcissistic intellectual self-confidence. *Frontiers in Psychology*, 12, 668257.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668257>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959–986.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050455>
- Levy, K. N. (2012). Subtypes, dimensions, levels, and mental states in narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 886–897.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21893>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2011). A historical review of narcissism and narcissistic personality. In W. K. Campbell et J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 3–13). John Wiley & Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9781118093108.ch1>

- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 197–207. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000025>
- Levy, K. N., Reynoso, J. S., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2007). Narcissistic personality disorder. In O'Donohue, W., Fowler, K. A., & Lilienfeld, S. O. (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 233–277). SAGE Publications.
- Linceviciute, S., Ridge, D., Gautier, C., Broom, A., Oliffe, J., & Dando, C. (2022). 'We're welcomed into people's homes every day' versus 'we're the people that come and arrest you': The relational production of masculinities and vulnerabilities among male first responders. *Sociology of health & illness*, 44(7), 1094–1113. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13481>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 6–17. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.6>
- Maillard, P., Berthoud, L., Kolly, S., Sachse, R., & Kramer, U. (2020). Processes of change in psychotherapy for narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 63–79. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.63>
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 571–584. <https://doi.org/10.1080/00207594.1989.10600067>

- Meredith, P., Poulsen, A., Khan, A., Henderson, J., & Castrisos, V. (2011). The relationship between adult attachment styles and work-related self-perceptions for Australian paediatric occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 160–167.
<https://doi.org/10.4276/030802211X13021048723138>
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2011). Attachment theory and narcissistic personality disorder. In W. K. Campbell et J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 434–444). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118093108.ch39>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149–168. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of personality*, 76(3), 449–476.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00492.x>
- Miller, J. D., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.003>
- Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and

- borderline personality disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529–1564.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x>
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., & Keith Campbell, W. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of Personality*, 79(5), 1013–1042. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00711.x>
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S., & Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 291–315.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244>
- Mommersteeg, P. M., van Valkengoed, I., Lodder, P., Juster, R. P., & Kupper, N. (2024). Gender roles and gender norms associated with psychological distress in women and men among the Dutch general population. *Journal of health psychology*, 29(8), 797–810.
<https://doi.org/10.1177/13591053231207294>
- Myers, D. G. (2013). *Psychology* (10th ed.). Worth Publishers.
- Newcomb, K. M., Yalch, M. M., & Levendosky, A. A. (2024). Association between dimensions of borderline personality organization and pathological narcissism. *Psychoanalytic Psychology*, 41(1), 45–49. <https://doi.org/10.1037/pap0000474>
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104–116. <https://doi.org/10.1177/0146167205279907>
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (4th ed.). Allen & Unwin.
- Papageorgiou, K. A., Denovan, A., & Dagnall, N. (2019). The positive effect of narcissism on depressive symptoms through mental toughness: Narcissism may be a dark trait but it does

help with seeing the world less grey. *European Psychiatry*, 55, 74–79.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.002>

Parker, M. L., Johnson, L. N., & Ketrings, S. A. (2012). Adult attachment and symptom distress: A dyadic analysis of couples in therapy. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 321–344.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00598.x>

PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Perrault, C. (1989). L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois: cadre conceptuel et méthodologie. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 132–143.

<https://doi.org/10.7202/031494ar>

Perry, J. D., & Perry, J. C. (2004). Conflicts, defenses and the stability of narcissistic personality features. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 67(4), 310–330.

<https://doi.org/10.1521/psyc.67.4.310.56570>

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N.

(2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism

Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365–379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>

Pincus, A. L., Cain, N. M., & Wright, A. G. C. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 439–443. <https://doi.org/10.1037/per0000031>

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421–446.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy>

- Pistole, M. C. (1995). Adult attachment style and narcissistic vulnerability. *Psychoanalytic Psychology*, 12(1), 115–126. <https://doi.org/10.1037/h0079603.121208.131215>
- Pollard, C., Bucci, S., & Berry, K. (2023). A systematic review of measures of adult disorganized attachment. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 329–355. <https://doi.org/10.1111/bjc.12411>
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., Légaré, G., & Psychologique, L. D. (1992). La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. *Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux*.
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45(2), 590–590. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.590>
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45(2), 159–162. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4502_10
- Raskin, R., Novacek, J., & Hogan, R. (1991). Narcissistic self-esteem management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 911–918. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.911>
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C. H., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 187(1-2), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.013>

- Rohmann, E., Neumann, E., Herner, M. J., & Bierhoff, H. W. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism: Self-construal, attachment, and love in romantic relationships. *European Psychologist*, 17(4), 279–290. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000100>
- Ronningstam, E. (2005). Narcissistic personality disorder: A review. In M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich & A. Okasha (Eds.), *Personality Disorders (Volume 8)* (pp. 277–327). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470090383.ch4>
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39(3). <https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-09>
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 68–75. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0084-z>
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder in DSM-V—in support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 248–259. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.248>
- Ronningstam, E. (2020). Internal processing in patients with pathological narcissism or narcissistic personality disorder: Implications for alliance building and therapeutic strategies. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 80–103. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.supp.80>
- Ronningstam, E., Gunderson, J., & Lyons, M. (1995). Changes in pathological narcissism. *The American Journal of Psychiatry*, 152(2), 253–257. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.253>
- Rosenberg, R. S., & Kosslyn, S. M. (2014). *Abnormal psychology* (2nd ed.). Worth Publishers.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Tavistock.

- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473–1481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07030376>
- Schalkwijk, F., Luyten, P., Ingenhoven, T., & Dekker, J. (2021). Narcissistic personality disorder: Are psychodynamic theories and the alternative DSM-5 model for personality disorders finally going to meet?. *Frontiers In Psychology*, 12, 676733. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.676733>
- Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L., Bianchi, G., Boholst, F., Cunen, M. A. B., Braeckman, J., Brainerd, E. G., Jr., Caral, L. G. A., Caron, G., Casullo, M. M., Cunningham, M., Daibo, I., De Backer, C., De Souza, E., . . . Zupančič, A. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 367–402. <https://doi.org/10.1177/0022022104266105>
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 400–416. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.400>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2008). An overview of adult attachment theory. In Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.). (2008). *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 17–45). Guilford Publications.

- Silva Luis, R. D. (2014). *Adaptation et validation du Pathological Narcissism Inventory (PNI)* [Doctoral dissertation, Université Laval]. Corpus^{UL}.
<http://hdl.handle.net/20.500.11794/24818>
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971–980. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434–446. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Smolewska, K., & Dion, K. (2005). Narcissism and adult attachment: A multivariate approach. *Self and Identity*, 4(1), 59–68. <https://doi.org/10.1080/13576500444000218>
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- 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>
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education.

- Thomas, K. M., Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Donnellan, M. B., & Hopwood, C. J. (2012). Evidence for the criterion validity and clinical utility of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment, 19*(2), 135–145. <https://doi.org/10.1177/1073191112436664>
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 186–205). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0009>
- Tritt, S. M., Ryder, A. G., Ring, A. J., & Pincus, A. L. (2010). Pathological narcissism and the depressive temperament. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 280–284.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.006>
- Twenge, J. M. (2006). *Generation Me*. New York: Free Press (p. 548)
- Twenge, J. M., Abebe, E. M., & Campbell, W. K. (2010). Fitting in or standing out: Trends in American parents' choices for children's names, 1880–2007. *Social Psychological and Personality Science, 1*(1), 19–25. <https://doi.org/10.1177/1948550609349515>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2008). Increases in positive self-views among high school students: Birth-cohort changes in anticipated performance, self-satisfaction, self-liking, and self-competence. *Psychological Science, 19*(11), 1082–1086.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02204.x>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York, NY: Free Press.
- Weber, R., Eggenberger, L., Stosch, C., & Walther, A. (2022). Gender differences in attachment anxiety and avoidance and their association with psychotherapy use—examining students from a German university. *Behavioral Sciences, 12*(7), 204.
<https://doi.org/10.3390/bs12070204>

- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 122–142. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.sup.122>
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065–1085. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1065>
- White, J. M., Montgomery, M. J., Wampler, R. S., & Fischer, J. L. (2003). Recovery From Alcohol or Drug Abuse: The Relationship Between Identity Styles and Recovery Behaviors. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 3(4), 325–345. https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1207/S1532706XID0304_02
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the Five-Factor model. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 431–456). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10423-025>
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 590–597. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.590>
- Wink, P. (1992). Three narcissism scales for the California Q-Set. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 51–66. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_5
- Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17(4), 467–483. <https://doi.org/10.1177/1073191110373227>
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Advances*, 24(5), 305–315. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.20>

- Zajenkowski, M., Maciantowicz, O., Szymaniak, K., & Urban, P. (2018). Vulnerable and grandiose narcissism are differentially associated with ability and trait emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 9, 1606. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01>
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405–420. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>