

Serveur Académique Lausannois SERVAL [serval.unil.ch](http://serval.unil.ch)

## Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

**Title:** Psychothérapie et mécanismes de défense

**Authors:** Kramer Ueli, Berney Sylvie, de Roten Yves, Despland Jean-Nicolas

**Journal:** Revue québécoise de psychologie

**Year:** 2012

**Issue:** 33

**Volume:** 3

**Pages:** 73-88

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Mécanismes de défense à travers la psychothérapie: psychopathologie et changement

Ueli Kramer, Sylvie Berney, Yves de Roten, & Jean-Nicolas Despland

Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie CHUV; Université de  
Lausanne, Lausanne, Suisse

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Dr Ueli Kramer, Institut  
Universitaire de Psychothérapie et Section Karl Jaspers-DP-CHUV, Av. d'Echallens, 9, CH-  
1004 Lausanne, Suisse ; tél. ++41-21-314 46 86 ; fax ++41-21-314 27 84 ; courriel :  
[Ueli.Kramer@chuv](mailto:Ueli.Kramer@chuv).

## Psychothérapie et mécanismes de défense

Ueli Kramer, Sylvie Berney, Yves de Roten, & Jean-Nicolas Despland

Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie CHUV; Université de  
Lausanne, Lausanne, Suisse

Adresse de correspondance : Ueli Kramer, Institut Universitaire de Psychothérapie et Section  
Karl Jaspers-DP-CHUV, Av. d'Echallens, 9, CH-1004 Lausanne, Suisse ; tél. 41-21-314 46  
86 ; fax 41-21-314 27 84 ; courriel : [Ueli.Kramer@chuv.ch](mailto:Ueli.Kramer@chuv.ch)

### Résumé

Dans cet article, les auteurs mettent en dialogue deux facettes des mécanismes de défense en situation psychothérapeutique : la psychopathologie et le changement. Pour commencer, les instruments de mesure les plus utilisés sont présentés, avec un accent sur les échelles d'évaluation par un juge externe. Les conceptions de Vaillant et de Perry sont présentées et discutées. L'article se continue avec une synthèse des travaux empiriques de recherche en psychothérapie se focalisant sur les changements des mécanismes de défense au cours des psychothérapies, principalement d'orientation psychanalytique. Une réflexion autour du lien avec le concept d'alliance thérapeutique, ainsi qu'avec celui du *coping* complète cette synthèse. Des travaux récents concernant des psychothérapies de courte et de longue durée sont ensuite abordés. Les défenses sont également discutées du point de vue de la psychopathologie, à travers deux exemples d'études empiriques mettant en évidence des spécificités dans des troubles psychiatriques. Les retombées de ces résultats de recherche pour la pratique psychanalytique sont mentionnées tout au long de cet article de synthèse.

Mots-clés : Mécanismes de défense ; psychothérapie psychanalytique ; alliance thérapeutique ; changement ; coping

## Psychotherapy and Defense Mechanisms

### Abstract

With the present article, we aim at a dialogue between two aspects of defense mechanisms in psychotherapy: psychopathology and change. We will first present the most frequently used instruments, with a particular focus on observer-rated scales. Vaillant's and Perry's conceptions are presented and discussed. Then, the article continues to elaborate on empirical work on change in defense mechanisms over the course of psychotherapy, mainly psychoanalytic. An elaboration on the links with the concepts of therapeutic alliance and of coping completes this overview. Recent studies on change in short- and long-term psychotherapy are then reviewed. Defense mechanisms will then be discussed from the point of view of psychopathology, using two examples of empirical studies showing links with categories of mental disorders. Clinical implications in particular for the psychoanalytic practice will be discussed throughout the article.

Key-Words: Defense Mechanisms; Psychoanalytic Psychotherapy; Therapeutic Alliance; Change; Coping

# PSYCHOTHÉRAPIE ET MÉCANISMES DE DÉFENSE

## INTRODUCTION

Ces dernières années, l'étude empirique des mécanismes de défense en psychopathologie et en lien avec les effets des psychothérapies a suscité un intérêt croissant. Historiquement, la conception psychanalytique des mécanismes de défense a évolué depuis les écrits de S. Freud (1926) et A. Freud (1936), en intégrant notamment la théorie des relations d'objet (Kernberg, 1975). Les mécanismes de défense ne sont plus seulement centrés sur la régulation des conflits intrapsychiques, mais prennent en compte les liens complexes entre objets internes, objets représentés et objets perçus (Cooper, 1998; Despland, Drapeau, & de Roten 2001 ; Kramer, de Roten, Perry, & Despland, 2009). L'étude des liens entre la psychopathologie psychanalytique et l'approche plus syndromique du DSM-IV-TR est facilitée, de même que sont rendues possibles des recherches portant sur la place des mécanismes de défense dans la technique psychothérapique et en tant qu'objectif thérapeutique (Coughlin della Selva, 1996).

Cet intérêt grandissant pour l'étude des mécanismes de défense peut être mis en lien avec une évolution méthodologique. La réflexion théorique et clinique requiert une subjectivité importante, qui contribue au processus de changement, mais rend difficile la reproductibilité des observations (Cramer, 1998). À l'aide de plusieurs types de mesures, évaluation par un juge externe ou questionnaires validés, il est devenu possible d'évaluer et d'étudier les mécanismes de défense de façon empirique (Perry & Henry, 2004; Perry & Ianni, 1998).

L'étude des mécanismes de défense se base traditionnellement sur une conception hiérarchique de ceux-ci (Semrad, 1967; Vaillant, 1971), allant des défenses les moins adaptatives (comme le passage à l'acte ou l'identification projective), aux défenses les plus adaptatives, dites matures (comme la répression ou l'humour). Une conception ontogénétique

sous-tend cette différenciation. La psychothérapie devrait permettre au patient de remplacer progressivement ses défenses peu adaptatives par des défenses plus matures (Vaillant, 1976; Perry, 1993).

La conception rigoureuse actuelle des mécanismes de défenses se basant sur les avancées conceptuelles et méthodologiques, il nous semble nécessaire de faire un détour par les méthodes d'évaluation les plus courantes, avant d'aborder le sujet de notre article, le changement des défenses en psychothérapie. Ces avancées méthodologiques ont également permis l'étude des mécanismes de défense comme corrélat de l'approche syndromique des troubles mentaux, permettant de comprendre les défenses comme « résistance » au changement en psychothérapie de ces patients.

En accord avec ceci, nous présenterons plusieurs outils d'évaluation empirique des mécanismes de défense, ainsi que l'état des connaissances en matière de changement des défenses au cours des psychothérapies. Les caractéristiques défensives de deux troubles mentaux, le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité, seront ensuite abordées, comme exemples de troubles mentaux particulièrement graves, avec les enjeux méthodologiques que cela présente.

## L'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Dans la recherche sur les mécanismes de défense, une des principales difficultés est leur évaluation. Wallerstein (1967) distingue, par exemple, le *concept* de mécanisme de défense, abstraction psychopathologique qui vise à décrire un mode de fonctionnement, et les *manifestations* des défenses que l'on peut repérer dans le comportement, les émotions, les images évoquées par le patient, comme dans le matériel narratif.

De la même manière, parmi les différents types d'instruments existants, on peut distinguer ceux qui privilégient le processus défensif en tant que tel, par exemple sur la base

des techniques projectives (*Rorschach* et *TAT* essentiellement), et ceux qui se basent sur la mesure de mécanismes et dont la méthodologie permet d'établir leurs caractéristiques psychométriques. Du fait de leur proximité avec la situation analytique, les premiers sont particulièrement pertinents pour les études à visée psychopathologique alors que les seconds sont plus adaptés à l'évaluation empirique du changement. Parmi ces derniers, les instruments les plus couramment utilisés sont les échelles d'évaluation et les auto-questionnaires.

### Les échelles d'évaluation

Ces échelles constituent des tentatives de systématisation, d'objectivation et de quantification des observations cliniques. Elles s'appliquent à différents types de matériel, séances de psychothérapie ou entretiens spécifiques tels que l'entretien dynamique (Perry, Fowler, & Semeniuk, 2005). Ceux-ci peuvent être enregistrés et retranscrits de manière standardisée sous la forme de verbatim. L'utilisation des échelles d'évaluation nécessite une formation spécifique et structurée d'une trentaine d'heures pour des juges avec une expérience minimale de la clinique psychanalytique.

Les échelles d'évaluation des mécanismes de défense constituent les instruments les plus utilisés. Le plus connu est le *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS ; Perry, 1990)*, disponible en français depuis 2004 (2<sup>ème</sup> édition : Perry, Guelfi, Despland, Hanin, & Lamas, 2009). Il se présente sous la forme d'un manuel de cotation rassemblant 30 mécanismes de défense spécifiques, donnant pour chaque mécanisme une définition, une description de sa fonction, un diagnostic différentiel avec d'autres mécanismes voisins et des exemples de cotation. Deux types d'évaluation peuvent être réalisés au moyen de cet instrument:

1. Une *évaluation qualitative*, globale, considérant trois catégories (absence, présence probable ou présence certaine) pour chaque mécanisme sur la base de l'échelle de cotation qui fournit des exemples d'utilisation du mécanisme en question.



2. Une *évaluation quantitative*, où toute présence d'un mécanisme de défense est repérée dans la transcription et attribuée à un et un seul des 30 mécanismes de défense.

Ces deux types d'évaluation permettent de calculer une moyenne pondérée établie sur la base d'un classement des mécanismes de défense en sept niveaux hiérarchiques ou développementaux, comprenant chacun plusieurs mécanismes de défense (voir Tableau 1).

Tableau 1 Catégories et défenses du *DMRS*

Catégories de défenses	Mécanismes de défense
7. Matures	Affiliation, altruisme, anticipation, humour, affirmation de soi, introspection, sublimation, répression
6. Obsessionnelles	Isolation, intellectualisation, annulation rétroactive
5. Autres névrotiques	Refoulement, dissociation, formation réactionnelle, déplacement
4. Narcissiques	Omnipotence, idéalisation de l'objet/de soi, dévalorisation de l'objet/de soi
3. Par le désaveu	Déni névrotique, projection, rationalisation, fantasmatisation autistique
2. Borderline	Clivage des représentations d'objet/de soi, identification projective
1. Par l'agir	Passage à l'acte, agressivité passive, hypocondrie

L'application de cette échelle à l'étude des défenses que les thérapeutes utilisent pour conduire des entretiens dans des situations difficiles (par exemple en oncologie) est possible et donne des résultats intéressants, notamment pour étudier l'impact d'une formation structurée (Bernard *et al.*, 2010 ; Despland *et al.*, 2009).

À noter également que cet instrument constitue l'essentiel de l'*Échelle de fonctionnement défensif* du DSM-IV (Hilsenroth, Callahan, & Eudell, 2003 ; Perry, Hoglend, Shear, Vaillant, Horowitz, Kardos, Bille & Kagan, 1998), à laquelle furent cependant ajoutés trois mécanismes de défense dits psychotiques (pour une discussion de cette question, voir Berney *et al.*, 2009).

## Les auto-questionnaires

Les auto-questionnaires offrent l'avantage de modalités de passation simples, rapides, reproductibles et d'une fidélité potentiellement accrue, du fait de la suppression du jugement d'un observateur externe. Basés uniquement sur la mise en évidence des dérivés conscients des mécanismes de défense, ils ne peuvent pas se réclamer de la même validité que les échelles d'évaluation. D'une part, ces dérivés conscients sont susceptibles de déformer le processus défensif effectif que le patient tente de percevoir et, d'autre part, ils sont sensibles à un certain nombre de biais tels que la désirabilité sociale (auto-attribution de qualités socialement valorisées ou désirables). Par ailleurs, l'absence d'instrument de référence absolu limite les études de validation.

Deux auto-questionnaires ayant servi à des études empiriques ont fait l'objet de nombreuses publications: l'*Inventaire des mécanismes défensifs (DMI)* de Ihilevich et Gleser (1986) et le *Questionnaire des styles défensifs (Defense Style Questionnaire ou DSQ)* développé par Bond *et al.* (1983).

Le *DMI* est constitué de douze histoires qui décrivent des situations potentiellement conflictuelles (Ihilevich & Gleser, 1986). Les thèmes concernent des conflits vis-à-vis de figures d'autorité, de l'expression de besoins d'indépendance ou de compétition, de la masculinité/féminité et de besoins de sécurité physique. Après présentation de l'histoire, quatre questions sont posées au sujet concernant son comportement habituel dans une telle situation et les pensées et sentiments qui lui sont associés. Cinq réponses alternatives sont proposées pour chaque question, imposant un choix forcé. Les réponses ainsi recueillies permettent de réaliser le regroupement en cinq styles défensifs : orientation vers l'Objet (par ex. passage à l'acte), neutralisation de l'affect (par ex. intellectualisation), orientation vers le Soi (par ex. introjection), retournement de l'affect (par ex. déni) et projection (par ex.

accusation ; Ihlevich, & Gleser, 1986). Des données normatives ont été publiées par les auteurs de cet inventaire. Il n'existe pas, à notre connaissance, de traduction française.

Le *Defense Style Questionnaire (DSQ)* est l'auto-questionnaire le plus souvent utilisé en recherche. Cet instrument a fait l'objet d'une validation en langue française (Bonsack, Despland, & Spagnoli, 1998). La version originale comporte 88 items et mesure vingt-six mécanismes de défense inspirés des travaux d'A. Freud et de Vaillant, ainsi que des mécanismes de défense décrits par Kernberg comme caractéristiques des organisations limitées de la personnalité. Les énoncés des items décrivent des pensées, des affects ou comportements pouvant être associés à des mécanismes de défense.

Les défenses sont regroupées en quatre styles défensifs empiriquement validés : (1) réactions inadaptées, (2) distorsion des représentations de soi et d'objet, (3) sacrifice de soi ; et (4) adaptation sociale. Le style réactions inadaptées est le plus stable d'une version à l'autre, ce qui en fait également le style le plus valide (Trijsburg *et al.*, 2000).

La comparaison entre échelles d'évaluation et auto-questionnaires met en évidence une concordance modérée entre les deux méthodes (Perry & Hoglend, 1998), de même qu'entre auto-questionnaires. Des travaux sont donc nécessaires pour mieux comprendre ce qui est mesuré par ces différents instruments et dans l'attente, la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats.

**CHANGEMENT DES MECANISMES DE DEFENSE** En étudiant le changement des mécanismes de défense au cours des psychothérapies, il apparaît crucial de tenir compte de la fenêtre de traitement observée. Les mécanismes de défense présentent un aspect fluctuant et instable, dynamique, dépendant de l'état (*state-dependent* en anglais) (Drapeau *et al.*, 2011) et un aspect plus stable, en lien avec la structure de personnalité (*trait-dependent* en anglais) (Perry, 2001). Le fait qu'un changement puisse survenir au cours du processus psychothérapique a été démontré pour des traitements psychodynamiques de courte durée,

essentiellement à l'aide du *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)* (Drapeau *et al.*, 2003; Kramer *et al.*, 2009, 2010). À ce jour, il existe trois études portant sur l'évolution des mécanismes de défense durant plusieurs années de traitement (Perry, 2001, Kramer *et al.*, sous presse ; Perry *et al.*, 2012).

Drapeau *et al.* (2003) ont investigué le changement des mécanismes de défense au cours de l'Intervention Psychodynamique Brève (IPB, Despland *et al.*, 2010; Gilliéron, 2004) en utilisant le *DMRS* (Perry *et al.*, 2009). Il s'agit d'un traitement en situation de crise réalisé en quatre séances, basé sur la compréhension du transfert précoce et sur la construction d'une hypothèse psychodynamique prenant en compte la thématique conflictuelle centrale (Luborsky, & Crits-Christoph, 1998) et la structure de personnalité (Kernberg, 1989). Drapeau *et al.* (2003) ont montré une augmentation du niveau défensif global (*Overall Defensive Functioning*, ODF) entre la première et la quatrième séance, ainsi qu'une diminution des défenses narcissiques, en corrélation avec une augmentation des défenses obsessionnelles. Ce résultat est interprété comme un retour du niveau de fonctionnement défensif antérieur à la crise à l'origine de la consultation, plus qu'à un changement structurel.

En ce qui concerne les psychothérapies psychodynamiques brèves de moins d'une année (30 à 40 séances), nous avons mis en évidence une stabilité défensive au cours des 12 premières séances (Kramer *et al.*, 2009). En revanche, sur l'ensemble du traitement, Kramer *et al.* (2010) ont pu démontrer un changement significatif du score défensif global, avec une taille de l'effet moyenne de .64 ( $N = 32$  patients). Dans ce cas de figure, il peut s'agir de la première amorce d'un changement structurel du fonctionnement défensif qui peut être associé à un changement cliniquement significatif au terme de la psychothérapie.

En ce qui concerne les changements défensifs au cours des traitements psychodynamiques de longue durée, Perry (2001) a montré une restructuration défensive globale dans une étude de cas portant sur un patient présentant une personnalité passive-

agressive (selon le DSM-IV) suivi en psychothérapie psychodynamique durant quatre ans. Vers la fin du traitement, ce patient présentait moins de défenses par l'agir et narcissiques. L'hypothèse d'une régression défensive au milieu d'un traitement de longue durée a pu être corroborée; le score de fonctionnement défensif global baissait légèrement durant les deux premières années de traitement, pour atteindre un niveau défensif névrotique durant la troisième et la quatrième année, puis un niveau de défenses matures après le traitement.

Dans une étude pilote récente chez des sujets présentant un trouble dépressif récurrent (DSM-IV), nous avons examiné le changement défensif au cours de différentes formes de psychothérapie au long cours, comparant deux ans de traitement de psychanalyse, de psychothérapie psychodynamique, de thérapie cognitivo-comportementale et d'un traitement psychiatrique et pharmacologique (Kramer *et al.*, sous presse). Les résultats sur huit sujets montrent que le changement défensif était cliniquement significatif chez les patients ayant eu un traitement actif (psychanalyse, thérapie psychodynamique, thérapie cognitivo-comportementale) et qu'il s'accompagnait d'un changement symptomatique. Les changements défensifs étaient moins grands chez les patients sans changement symptomatique ayant suivi les mêmes traitements. Les résultats suggèrent que le changement défensif peut être compris comme un médiateur du changement symptomatique dans les traitements au long cours, en cela qu'il précède un changement cliniquement significatif sur la dimension symptomatique (Kramer *et al.*, sous presse). Finalement, Perry et Bond (2012) ont récemment montré que les changements défensifs dans la psychothérapie psychodynamique suit la conception hiérarchique décrite. Ainsi, au cours de deux ans et demie de traitement, les défenses par l'agir diminuent et les défenses matures augmentent. Les auteurs concluent que le changement dans les mécanismes de défense peut ainsi être considéré comme un potentiel mécanisme de changement dans les psychothérapies psychodynamiques de longue durée.

## Mécanismes de défense et alliance thérapeutique

Au-delà de l'évaluation des effets des psychothérapies, les mécanismes de défense, de par leur nature, présentent un intérêt pour l'étude du processus thérapeutique lui-même.

Vaillant (1992) suggère que certaines défenses de niveau intermédiaire telles que l'intellectualisation, la rationalisation ou la formation réactionnelle, peuvent interférer avec la capacité de l'individu à s'engager dans l'exploration de ses difficultés et perturber la relation thérapeutique. Cette question peut surprendre dans la mesure où on peut considérer qu'il s'agit là de l'essence du processus transférentiel : le transfert est à la fois la défense (résistance) ultime et le passage obligé pour permettre la levée de l'amnésie infantile par l'intermédiaire de son interprétation dans le *hic et nunc* de la séance. La très grande majorité des psychanalystes considère qu'il n'y a pas de meilleure manière de développer l'alliance thérapeutique que de formuler de bonnes interprétations et au bon moment.

Dans la tradition de recherche nord-américaine et dans une perspective plus descriptive, il est néanmoins possible de s'intéresser à la manière dont le processus défensif peut interférer de manière générale avec l'ensemble du processus thérapeutique. Parmi les différents éléments processuels, c'est l'alliance thérapeutique qui a reçu le plus d'attention. On peut s'attendre par exemple à ce qu'un patient qui utilise de manière prédominante des défenses narcissiques voit sa relation au thérapeute influencée par des aspects d'idéalisation ou de dévalorisation. De la même manière, le recours à des défenses adaptatives peut permettre au patient de rester en traitement durant la phase cruciale de la construction de l'alliance précoce, alors que le recours à la projection, à l'agression passive ou au passage à l'acte rendront cette phase de la thérapie particulièrement délicate. Il est également possible d'imaginer qu'un patient qui a tendance à projeter ses propres actions, sentiments ou impulsions inacceptables blâme son thérapeute, celui-ci pouvant être amené à mettre des limites et à se montrer plus

confrontant du fait de manifestations d'agression passive et de passage à l'acte, induisant en retour une perception négative du thérapeute chez le patient.

Dans une méta-analyse des caractéristiques interpersonnelles du patient affectant l'alliance thérapeutique, Horvath et Luborsky (1993) montrent qu'un patient qui consulte avec un niveau de fonctionnement défensif initial bas a plus de chance de terminer le traitement avec une alliance basse. Bond et Perry (2004) rapportent une corrélation négative ( $r = -.53$ ) entre style défensif maladapté initial du patient et niveau moyen d'alliance thérapeutique. D'autres études ne retrouvent cependant pas un tel lien (Hersoug *et al.*, 2002 ; Siefert, Hilsenroth, Weinberger, Blagys, & Ackerman, 2006). Chez Hersoug *et al.* (2002), l'alliance évolue tôt dans le traitement, comme la détresse symptomatique, alors que les défenses évoluent plutôt dans la deuxième partie de la thérapie. Tenir compte des spécificités du patient pourrait permettre, au moins en partie, d'expliquer les différences de résultats entre ces études. Par exemple, une étude sur des patients bipolaires hospitalisés (Kramer, de Roten, Perry, & Despland, 2009) indique que pour ce type de patients, c'est la présence de défenses matures, et en particulier de l'affirmation de soi, qui est corrélée avec une bonne alliance thérapeutique.

À côté du niveau d'alliance, on peut également s'intéresser à l'évolution de l'alliance au cours du temps. Ambresin, de Roten, Drapeau et Despland (2007) ont ainsi montré que les patients dont l'alliance augmente de manière linéaire au cours des premières séances de thérapie diminuent également leur utilisation de défenses inadaptées au cours de la thérapie. Les auteurs interprètent ces résultats comme étant le reflet du travail collaboratif entre le patient et le thérapeute, qui permet de réduire l'anxiété et la détresse du patient ainsi que les défenses mobilisées pour s'en protéger.

Le rôle du thérapeute dans ce processus est ainsi également mis en lumière. Bien que ces travaux soient encore exploratoires, deux pratiques semblent particulièrement en relation

avec l'alliance et les résultats thérapeutiques: (1) lorsque le thérapeute interprète directement les défenses problématiques du patient qui interviennent au cours des séances (Winston, Winston, Samstag & Muran, 1994 ; Junod, de Roten, Martinez, Drapeau & Despland, 2005) ; (2) lorsque les interventions du thérapeute sont ajustées au niveau du fonctionnement défensif du patient, en étant davantage exploratoires avec un patient présentant un niveau de fonctionnement défensif plus élevé au cours de la séance et plus soutenantes lorsque le patient manifeste un niveau de fonctionnement plus bas (Despland, de Roten, Despars, Stigler & Perry, 2001).

### Mécanismes de défense et coping

Parallèlement à ce qui vient d'être évoqué autour du changement des mécanismes de défense en psychothérapie, il est particulièrement intéressant de s'interroger sur le concept voisin de *coping*. Ce concept, relevant des sciences cognitives, présente plusieurs points communs avec la notion de mécanisme de défense : le rôle adaptatif et la fonctionnalité dans la régulation émotionnelle de l'individu (Cramer, 1998; Kramer, 2010b). Plusieurs études ont investigué les différences et les points communs entre ces deux concepts (p. ex., Grebot, Paty, & Girard Dephanix, 2006).

Une première étude s'est centrée sur la question du changement des mécanismes de défense et des stratégies de coping en lien avec la crise affective dans le contexte du trouble bipolaire (18 patients hospitalisés avec trouble bipolaire comparés à 18 personnes « tout venants »; Kramer, 2010a) à l'aide du *DMRS* (Perry *et al.*, 2009) et du *Coping Action Patterns Rating Scales (CAPRS)* ; Perry *et al.*, 2005 ; validation française par Kramer & Drapeau, 2011). Cette étude a mis en évidence une corrélation canonique non-significative ( $r=.20$ ) entre les concepts de coping et les mécanismes de défense (Kramer, 2010a), alors que la corrélation de Pearson entre les scores globaux d'adaptation est modérée ( $r = .45$ ). Ce



résultat a été retrouvé dans d'autres études (Kramer *et al.*, 2009 ; 2010). En comparant le changement différentiel du score global des défenses et du *coping* entre un premier entretien et un deuxième entretien trois mois plus tard (suite à la baisse des symptômes liés à la crise affective ayant menée à l'hospitalisation en milieu psychiatrique), il apparaît qu'aucun changement ne se produit au cours des trois mois en ce qui concerne les mécanismes de défense, tandis que le *coping* s'améliore, évoluant vers une meilleure adaptation à la réalité.

Ce phénomène est absent pour les sujets du groupe de comparaison qui ont participé à cette étude, pour lesquels les indices globaux restent inchangés. Ces résultats indiquent que le changement concernant le *coping* se produit plus rapidement que celui concernant les mécanismes de défense. Ces derniers demandent probablement des traitements psychothérapeutiques plus spécifiques et plus de temps, afin de permettre une restructuration plus en profondeur du fonctionnement psychique.

## PSYCHOPATHOLOGIE ET CHANGEMENT DÉFENSIF : DEUX EXEMPLES

Il existe quelques études récentes documentant le fonctionnement défensif au moyen du *DMRS* (Perry, 1990; Perry *et al.*, 2009) pour le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité borderline. Nous avons choisi ces deux tableaux cliniques comme illustrations de troubles mentaux particulièrement graves.

En ce qui concerne le trouble bipolaire, la comparaison du profil défensif de 30 patients hospitalisés en psychiatrie pour des problèmes en lien avec le trouble bipolaire, avec le profil défensif de 30 contrôles normaux lors d'un entretien psychodynamique (Perry *et al.*, 2005) montre une prédominance des défenses immatures associées au trouble bipolaire (Kramer, de Roten, Perry, & Despland, 2009). Le score de niveau défensif global (en anglais

appelé *Overall Defensive Functioning*, *ODF*; Perry & Hoglend, 1998) des patients bipolaires est significativement plus bas sur l'échelle de l'adaptation, que celui des sujets contrôles.

Plus particulièrement, cinq défenses immatures sont associées au trouble bipolaire: le passage à l'acte, l'identification projective, le clivage de l'objet, la rationalisation et l'omnipotence. Il est intéressant de noter que pour les patients bipolaires, le recours à l'omnipotence (défense narcissique) est corrélé avec le niveau de symptômes maniaques (Kramer et al., 2009).

En ce qui concerne le trouble de la personnalité borderline, une étude similaire compare le profil défensif de patients ( $N = 25$ ) avec celui de sujets contrôles ( $N = 25$ ) afin d'investiguer la spécificité défensive (Kramer, de Roten, Perry, & Despland, sous presse, 2012). Sur toutes les sous-échelles des mécanismes immatures, une différence significative en défaveur du trouble de la personnalité borderline apparaît, tandis que pour les défenses intermédiaires et matures, l'effet inverse est présent. L'analyse *post-hoc* montre aussi que les défenses hystériques (refoulement et dissociation) sont plus souvent utilisées par les patients avec trouble de la personnalité borderline, tandis qu'on ne relève pas de différence significative en ce qui concerne les autres défenses névrotiques, à savoir la formation réactionnelle et le déplacement (Kramer, et al., sous presse, 2012). Nous devons souligner que ces résultats confirment ceux d'autres études basées sur un précurseur du *DMRS* (Perry et Cooper, 1989) et sur le *DSQ* (Bond *et al.*, 1994; Paris *et al.*, 1996).

Enfin, il apparaît que plus les patients borderline présentent de défenses narcissiques au cours de l'entretien, moins ils présentent de symptômes à la fin de celui-ci (Kramer et al., sous presse, 2012). Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces patients borderline ne présentent pas seulement des défenses borderline ou par l'agir, et que la présence de défenses narcissiques peut être comprise comme une ressource temporaire que les patients avec trouble bipolaire ne présentent pas. Des études longitudinales sont nécessaires pour confirmer ces hypothèses.

Ces études centrées sur la psychopathologie nous montrent que certains mécanismes de défense, notamment les défenses immatures, peuvent être associés aux troubles mentaux chroniques. Nous pouvons donc conclure qu'au cours d'une psychothérapie la prise en compte des défenses et un travail actif sur celles-ci contribue favorablement au processus thérapeutique (Coughlin della Selva, 1996; Perry, 1993; Perry & Bond, 2012, Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2002).

## DISCUSSION

L'étude empirique des mécanismes de défense avec le *DMRS* permet non seulement d'évaluer le changement défensif au cours des psychothérapies, mais également d'étudier le processus thérapeutique, en explorant les liens entre défenses et alliance thérapeutique, de même qu'entre défenses et *coping*. Ces paramètres peuvent être étudiés auprès de différentes populations de patients, catégorisées en fonction de leur diagnostic syndromique, posé à l'aide du DSM.

Les résultats mis en évidence chez les sujets bipolaires et borderline sont très intéressants car ils montrent un lien fort entre deux approches indépendantes : d'une part le DSM-IV, faisant l'impasse sur la compréhension psychopathologique dans une perspective syndromique, et d'autre part le *DMRS*, un instrument étroitement associé à la psychopathologie psychanalytique. Ce lien entre expression syndromique et fonctionnement psychique, historiquement abandonné dans les années soixante-dix avec la naissance du DSM III d'un côté et parallèlement aux travaux de Kernberg (1989) sur l'organisation de personnalité, est à nouveau d'actualité, aux États-Unis notamment, où certains psychanalystes proposent des approches psychothérapeutiques spécifiques à certains troubles (Milrod *et al.*, 1997 ; Busch *et al.*, 2004 ; Gabbard, 2005).

Le *DMRS* permet de développer une recherche sur les processus et les résultats des traitements dans le cadre d'études de suivi ou d'études randomisées contrôlées. L'étude du processus montre que l'alliance, paramètre prédicteur des résultats thérapeutiques, émerge de l'interaction thérapeutique et est associée avec la manière dont les interventions du thérapeute sont adaptées au fonctionnement actuel du patient au cours de la séance. Dans la perspective du développement de l'alliance thérapeutique, le clinicien devrait se montrer davantage soutenant lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif bas, et davantage orienté vers l'interprétation lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif plus élevé.

La comparaison des mécanismes de défense et de ceux de *coping*, faisant abstraction du débat d'école à ce sujet, montre qu'il s'agit de deux concepts historiquement très proches, mais qui décrivent des facettes différentes du fonctionnement psychique, le changement des mécanismes de coping se produisant plus vite que celui des mécanismes de défense.

Dans cet article, nous n'avons pas abordé l'utilisation du *DMRS* comme instrument de formation des psychothérapeutes, alors qu'il est utilisé régulièrement dans la formation à l'Intervention Psychodynamique Brève (IPB, Despland *et al.*, 2010). En effet, les outils tels que le *DMRS*, le *Core Conflictual Theme Method (CCRT)* Luborsky *et al.* 1998) ou l'*Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD II, 2008)* aident le psychothérapeute débutant à employer un raisonnement clinique rigoureux et à effectuer une présentation de cas pertinente. Cette approche structurée, si elle peut paraître réductrice, a l'avantage de permettre au psychothérapeute en formation de se familiariser progressivement avec la complexité de la psychopathologie psychanalytique. Cette pratique permet de relier recherche, clinique et enseignement.

Dans sa forme actuelle, le *DMRS* ne comprend pas de mécanismes de défense psychotiques, ce qui pose problème dans l'étude des troubles graves de la personnalité, des

patients paranoïaques, des patients bipolaires et des patients présentant un trouble du spectre de la schizophrénie. En collaboration avec des collègues québécois (Berney *et al.* 2009, Constantinides *et al.*, 2010), nous avons construit une 8<sup>ème</sup> échelle de mécanismes de défense pour le *DMRS*, compatible avec l'instrument original, comprenant six défenses psychotiques, dont la validation est en cours. Ces défenses, sélectionnées sur la base d'un consensus d'experts, sont : le déni psychotique, la distorsion, le retrait autistique, la fragmentation, la concrétisation et la projection délirante. La prise en compte de ces mécanismes de défense psychotiques permet une évaluation plus fine du fonctionnement défensif, avec une meilleure discrimination à la fois entre patients présentant un même diagnostic, et entre différents groupes de patients.

Cent dix-huit ans après la première utilisant du mot défense par Freud, l'étude des mécanismes de défense montre une utilité clinique indéniable et reste un sujet d'actualité, comme le montre les nombreuses recherches en cours.

- REFERENCES Ambresin, G., de Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J.-N. (2007). Early change of defense styles and therapeutic alliance development. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(2), 89-95.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Bonsack, C., Despland, J.-N., & Spagnoli, J. (1998). The French version of the defense style questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.
- Bernard, M., de Roten, Y., Despland, J.-N., & Stiefel, F. (2010). Communication skills training and clinicians' defenses in oncology: an exploratory, controlled study. *Psycho-Oncology* 19(2), 209-215.
- Berney, S., de Roten, Y., Söderström, D., & Despland, J.-N. (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144.
- Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671

- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 28–31.
- Busch F. N., Rudden, M., & Shapiro T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. New York, American Psychiatric Publishing.
- Constantinides, P., & Beck, S.M. (2010). Toward developing a scale to empirically measure psychotic defense mechanisms. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Dec; 58(6):1159-88.
- Cooper, S. H. (1998). Changing notions of defense within psychoanalytic theory. *Journal of Personality*, 66(6), 947-964.
- Coughlin della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. Theory and technique*. New York: Wiley.
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanisms : What's the difference? *Journal of Personality*, 66(6), 919-946.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 155-164.
- Despland, J.-N., Drapeau, M., & De Roten, Y. (2001). Les mécanismes de défense : une pluralité de point de vue. *Psychothérapies*, 21(3), 113-121.
- Despland, J.-N., Bernard, M., Favre, N., Drapeau, M., Stiefel F., & de Roten Y. (2009). Clinicians' defences: An empirical study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 73-81.
- Despland, J.-N., Michel, L., & de Roten, Y. (2010). *L'intervention psychodynamique brève*. Paris : Masson.
- Drapeau, M., de Roten, Y., Blake, E., Beretta, V., Strack, M., Körner, A., & Despland, J.-N. (2011). Defensive flexibility and its relation to symptom severity, depression and anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(1), 38-41.
- Drapeau, M., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2003). A Study of Stability and Change in Defense Mechanisms during a Brief Psychodynamic Intervention. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 496-502.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptômes et angoisse*. Paris: PUF.
- Gabbard G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 4<sup>th</sup> edition. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Gilliéron, E. (2004). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Grebot, E., Paty, B., & Girard Dephanix, N. (2006). Styles défensives et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale*, 32, 315-324.
- Hersoug, A. G., Monsen, J., Havik, O. D., & Høglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18-71.
- Hilsenroth, M. J., Callahan, K. L., & Eudell, E. M. (2003). Further reliability, convergent and discriminant validity of Overall Defensive Functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(11), 730-737.

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Ihlevich, D., & Gleser, G. C. (1986). *Defense mechanisms: Their classification, correlates, and measurement with the defense mechanisms inventory (DMI Manual)*. Owosso, MI: DMI Associates.
- Junod, O., de Roten, Y., Martinez, E., Drapeau, M., & Despland, J.-N. (2005). How to address patients' defenses: A pilot study on the accuracy of defense interpretations and alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*(4), 419-430.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York : Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité*. Paris: PUF.
- Kramer, U. (2010a). Defense and Coping in Bipolar Affective Disorder: Stability and Change of Adaptational Processes. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 291-306.
- Kramer, U. (2010b). Coping and Defense Mechanisms: What's the difference? – Second Act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 83*, 207-221.
- Kramer, U., de Roten, Y., Michel, L., & Despland, J.-N. (2009). Early Change of Defense Mechanisms and Coping in Short-Term Dynamic Psychotherapy: Relations with Symptoms and Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 408-417.
- Kramer, U., de Roten Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (sous presse). Change in Defense Mechanisms and Coping Patterns over the Course of Two-Year-Long Psychotherapy and Psychoanalysis for Recurrent Depression: A Pilot Study of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2009). Specificities of defense mechanisms in bipolar affective disorder: Relations with symptoms and therapeutic alliance, *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 675-681.
- Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland (sous presse/2012). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in Borderline Personality Disorder. *Psychoanalytic Psychology: A Journal of Theory, Practice, Research and Criticism*.
- Kramer, U., Despland, J.-N., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in Defense Mechanisms and Coping in Short-Term Dynamic Psychotherapy of Adjustment Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 66*(12), 1232-1241.
- Kramer, U., & Drapeau, M. (2011). Etude de validation de la version française des échelles de codage du coping et des erreurs cognitives (CE-CAP) sur une population non-clinique. *Annales Médico-Psychologiques, 196*, 523-527.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference. The core conflictual relationship theme method, 2<sup>nd</sup> Edition*. Washington DC, American Psychological Association.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- OPD Task Force (2008). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Berlin: Hogrefe & Huber.

- Paris, J., Zweig-Frank, H., Bond, M., & Guzder, J. (1996). Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 153–158.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanisms Rating Scales*. Boston: Cambridge Hospital-Harvard Medical School.
- Perry, J. C. (1993). Defenses and their effects. In N. Miller, L. Luborsky, J. Docherty, & J. Barber (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook of clinical practice* (pp. 274-305). New York: Basic Books.
- Perry, J.C. (2001). A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 651-660.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry, 169*, 916-925.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms I: Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry, 46*, 444-452.
- Perry, J. C., Drapeau, M., Dunkley, D., & Blake, E. (2005). *The coping action patterns rating system*. Montréal: McGill University.
- Perry, J. C., Fowler, J. C., & Semeniuk, T. T. (2005). An investigation of tasks and techniques associated with dynamic interview adequacy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(2), 136-139.
- Perry, J. C., Guelfi, J.-D., Despland, J.-N., Hanin, B., & Lamas, G.(2009). *Echelles d'évaluation des mécanismes de défense*. Paris: Masson.
- Perry, J. C., & Henry, M. (2004). Studying Defense Mechanisms in psychotherapy using the Defense Mechanisms Rating Scales. In U. Hentschel, G. Smith, J. G. Draguns, & W. Ehlers (Eds.), *Defense Mechanisms. Theoretical, Research and Clinical Perspectives* (pp. 165-192). Amsterdam: Elsevier.
- Perry, J. C., & Hoglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of Overall Defensive Functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 529-535.
- Perry, J. C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G. E., Horowitz, M. J., Kardos, M. E., Bille, H., & Kagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders, 12*, 1-13.
- Perry, J. C., & Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of Defense Mechanisms. *Journal of Personality, 66*(6), 993-1024.
- Semrad, E. (1967). The organization of ego defenses and object loss. IN D. M. Morariarty (Ed.), *The loss of loves ones* (pp. 126-134). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Siefert, C. J., Hilsenroth, M. J., Weinberger, J., Blagys, M. D., & Ackerman, S. J. (2006). The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 20-33.
- Trijsburg, R. W., Van T'Spijker, A., Van, H. L., Hesselink, A. J., & Duivenvoorden, J. J. (2000). Measuring Overall Defensive Functioning with the Defense Style Questionnaire: A Comparison of Different Scoring Methods. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(7), 432-439.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry, 24*, 107-118.



- Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.
- Vaillant, G. E. (1992). The place of defense mechanisms in diagnostic formulation and in modern practice. In G. E. Vaillant (Ed.). *Ego Mechanisms of Defense: A guide for Clinicians and Researchers* (pp. 29-42). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Wallerstein, R. S. (1967). Development and metapsychology of the defense organization of the ego. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 15, 130-149.
- Winston, B., Winston, A., Samstag, L. W., & Muran, J. C. (1994). Patient defense, therapist interventions. *Psychotherapy*, 31, 478-91.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of Transference-focused Psychotherapy for the Borderline patient*. Northvale, N. J.: Jason Aronson Inc.