

Mémoire de Maîtrise en médecine No 132

# Etude comparative des mécanismes de défense chez quatre patients

## **Etudiante**

Ophélie Viret

## **Tuteur**

Prof. Jean-Nicolas Despland  
Dpt de psychiatrie, CHUV

## **Expert**

Yves de Roten, PhD, PD MER  
Dpt de psychiatrie, CHUV

## **Remerciements**

Dr Sylvie Berney, MD

Lausanne, décembre 2011

## INTRODUCTION

Le concept de mécanismes de défense en psychanalyse fut introduit pour la première fois par S. Freud en 1894 dans l'ouvrage Les psychonévroses de défense. Selon la définition qu'on lui donne de nos jours, ce concept regroupe « les processus psychiques inconscients visant à réduire ou annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires en remaniant les réalités internes et / ou externes et dont les manifestations peuvent être conscientes ou inconscientes<sup>1</sup>. »

Les mécanismes de défense ne concernent d'ailleurs pas seulement les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique, chacun de nous utilisant quotidiennement toutes sortes de défenses de quelque niveau de maturité qu'elles soient, nous permettant de nous adapter aux contraintes affectives de tous les jours. Ils représentent de plus l'un des rares concepts en psychanalyse se prêtant à l'étude empirique, c'est pourquoi ils revêtent un grand intérêt dans la recherche actuellement. Grâce à l'élaboration d'une échelle d'évaluation de ces mécanismes par J. C. Perry (2009), le Defense Mechanisms Rating Scale, il est devenu possible de mettre en évidence « des liens entre les défenses et le niveau d'adaptation des patients, entre les défenses et la psychopathologie, et de montrer l'évolution des défenses au cours des psychothérapies psychanalytiques<sup>2</sup>. »

Le DMRS comprend 28 défenses classées en 7 niveaux hiérarchiques en fonction de leur niveau d'adaptation. Il ne comprend cependant pas encore les défenses dites psychotiques. Toutefois, un groupe de travail s'attache à construire, puis à valider un instrument d'évaluation de ces mécanismes sous la forme d'un addendum au DMRS.

Le but de mon travail sera d'évaluer quatre entretiens, deux de patients souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie, deux d'un trouble bipolaire, sur la base des données recueillies par l'institut de psychothérapie du CHUV. A l'aide du DMRS, j'effectuerai une cotation de leur mécanismes de défense respectifs. Pour ce faire, il s'agira dans un premier temps de me familiariser avec l'outil qu'est le DMRS afin de pouvoir, dans un deuxième temps, mettre en évidence et analyser les mécanismes de défense utilisés par les patients lors de ces entretiens psychothérapeutiques. Les patients devraient montrer un niveau défensif global comparable, en vue de la gravité de leur pathologie. Cependant, des différences devraient apparaître quant aux catégories de défenses utilisées par chaque patient, puisque celles-ci dépendent de leur pathologie ainsi que de leur fonctionnement psychique pour faire face aux difficultés qu'il rencontre. Enfin, leurs niveaux défensifs seront pondérés par ce dont ils parleront dans l'entretien en question, en lien avec les interventions du thérapeute.

Ce travail devrait me permettre de montrer que tout patient présente un large éventail de défenses, et pas seulement des défenses dites psychotiques. Il s'agira aussi de montrer quelles sont les applications possibles et les limites de l'outil qu'est le DMRS.

# REVUE DE LITTÉRATURE

## 1. Historique et définitions

### *Période Freudienne*

C'est en 1894 qu'apparaît pour la première fois le concept de défense, dans un article publié par Freud intitulé «Les psychonévroses de défense.» La notion de défense y est définie comme le pivot central du mécanisme psychique des névroses. C'est dans le cadre de l'étiologie de l'hystérie que Freud lui attribue son premier rôle, celui de défense contre la sexualité, avant de lui donner un rôle discriminant entre les diverses atteintes psychogènes. Dans l'article «Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense» (1896), Freud décrit chaque défense comme spécifique de l'organisation de chacune des psychonévroses. Parmi celles-ci on peut citer la conversion de l'affect dans l'hystérie, la transposition et le déplacement dans la névrose obsessionnelle, etc. Le refoulement, en revanche, est considéré comme faisant partie intégrante de l'inconscient, et peut alors se retrouver dans toute psychonévrose. Il regroupe l'ensemble des procédés visant à protéger le Moi des exigences pulsionnelles. Il sera d'ailleurs souvent confondu avec le terme de mécanismes de défense. Ce n'est qu'en 1926, dans l'ouvrage intitulé «Inhibition, symptôme et angoisse» qu'une distinction définitive sera faite par Freud entre le refoulement, représentant une défense à part entière, et les mécanismes de défense regroupant l'ensemble des « procédés dont se sert le Moi dans les conflits susceptibles d'aboutir à une névrose<sup>3</sup>».

### *Période post-freudienne*

Dès lors, l'étude des mécanismes de défense devient un sujet important de la recherche psychanalytique. Anna Freud poursuivra l'élaboration de cette théorie et publiera en 1936 un ouvrage à ce sujet: «Le moi et les mécanismes de défense.» Cependant, la position qu'Anna Freud adopte est différente des courants psychanalytiques de son époque: elle veut élargir la psychanalyse freudienne à l'ensemble du champ de la conscience, et non uniquement aux profondeurs de l'inconscient. Elle insiste sur les fonctions non conflictuelles du Moi et de ce fait sur les fonctions de protection et d'adaptation à la réalité externe que pourraient avoir les mécanismes de défenses. Il s'agirait alors, dans le cadre d'un traitement psychanalytique, d'observer et d'analyser ces mécanismes défensifs, plutôt que de les considérer comme des obstacles au décryptage de l'inconscient.

La notion de mécanismes de défense a continué d'évoluer, et notamment au travers des travaux de G. Vaillant, lequel attribue aux mécanismes de défense une fonction de régulation des affects. Toute défense aurait une fonction adaptative à travers la modulation des relations à la réalité externe et des représentations internes. Toute défense pourrait se retrouver dans le cadre de la normalité ou de la pathologie, mais dans ce dernier, il y aurait une inadéquation entre l'utilisation de la défense et la situation ou le niveau de développement.

### *Définition actuelle*

Malgré le fait que les mécanismes de défense occupent aujourd'hui une place importante dans la recherche et la clinique en psychanalyse, il n'en existe pas encore une seule et même définition, mais de nombreuses. Nous pouvons cependant en retenir trois qui reformulent de manière générale et synthétique ce concept.

La première, proposée par Ionescu et al. (1997) décrit les mécanismes de défense comme « les processus psychiques inconscients visant à réduire ou annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires en remaniant les réalités internes et / ou externes et dont les manifestations peuvent être conscientes ou inconscientes». Cette définition, en d'autres termes, est axée sur l'origine inconsciente des défenses, et sur leur fonction de médiation des conflits intra-psychiques.

La seconde décrit les mécanismes de défense en y ajoutant une fonction adaptative: « les processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes.» (Perry et al, 1988). Ces mécanismes ne seraient donc pas

uniquement un moyen de gérer les conflits intra-psychiques, mais permettraient aussi à la personne de s'adapter aux demandes et contraintes de la réalité externe.

C'est cette définition qui sera reprise dans le DSM-IV, y étant assimilée à la notion de coping (stratégies d'ajustement) : « les mécanismes de défense ou styles de coping sont des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes et sont généralement inconscients. » Le terme de coping est apparu dans les années soixante pour désigner certains mécanismes de défense adaptatifs, et sont considérés par S. Haan (1977) comme « flexibles, intentionnels et en prise sur le réel » au contraire des comportements de défense qui sont « rigides, involontaires, modifiant ou déformant la réalité. » Les notions de coping et de mécanismes de défense ont de ce fait des frontières floues car leur fonction est semblable (ajustement/adaptation).

Enfin, une définition donnée par Laplanche et Pontalis (1981) qui illustre bien le fait qu'il n'y a pas une seule et même définition des mécanismes de défense: « Différents types d'opérations dans lesquels peut se spécifier la défense selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc. On s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé qui en soit le support. » La notion de défense est donc une notion dynamique sous l'influence de multiples facteurs, et peut difficilement faire l'objet d'une définition fonctionnelle et exacte.

Avant de clore ce chapitre, il est important de rappeler la distinction fondamentale entre mécanisme de défense et symptôme et/ou trouble. Il pourrait être facile de confondre symptôme et défense, partant du fait qu'ils sont l'un et l'autre des manifestations d'une pathologie, et d'utiliser alors le DMRS au même titre que le DSM. Tout d'abord, les symptômes sont des manifestations pures, sans fonction particulière, alors que les mécanismes de défense ont justement un rôle défensif. De plus, un ensemble spécifique de symptômes permet de poser un diagnostic psychiatrique, en se référant au DSM, alors qu'un ensemble de mécanismes de défense permet d'établir un profil défensif: deux individus souffrant de troubles différents peuvent avoir un profil défensif similaire. Il ne faut pas non plus confondre un trouble et un ensemble de défenses par leur appellation: on peut en effet avoir des défenses de type obsessionnel, sans pour autant souffrir d'un trouble de la personnalité de type obsessionnel. Enfin, un symptôme peut apparaître simultanément avec une défense: un patient peut par exemple avoir des pensées délirantes dans lesquelles on peut mettre en évidence des défenses.

## II. L'étude des mécanismes de défense

Les mécanismes de défense occupent aujourd'hui une place importante dans la recherche en psychopathologie psychanalytique. En effet, ils représentent « l'un des rares concepts analytiques à se prêter à l'étude empirique. (...) L'on a pu établir qu'il était possible de définir des critères observables permettant d'étudier ces mécanismes avec une fidélité et une validité acceptables<sup>4</sup> ».

Il faut cependant souligner les nombreuses difficultés qui ont été rencontrées depuis que l'étude des mécanismes de défense est devenue un sujet de recherche à part entière:

Tout d'abord, les nombreux auteurs qui se sont intéressés à l'étude des mécanismes de défense ont chacun établi une liste de ces mécanismes selon ceux qui leur paraissaient les plus pertinents, ainsi que leur propre classification. D'autre part, il existait et il existe encore de nombreuses définitions du concept.

Pour intégrer une liste exhaustive et une classification des mécanismes de défense au DSM, il fallait trouver un consensus à ce sujet. La première tentative eu lieu avec la troisième édition du DSM en 1986 et fut un échec, les psychanalystes n'étant pas parvenus à un accord. Une ébauche de glossaire comprenant dix-huit mécanismes est finalement ajoutée à la version révisée du DSM-III. Enfin, dans le DSM-IV (1994) est définitivement intégrée une échelle de fonctionnement défensif comprenant trente et un mécanismes de défense et stratégies de coping.

Ces difficultés montrent clairement « qu'il ne peut y avoir de liste conforme ou définitive des mécanismes de défense, mais qu'il existe différentes manières de distinguer l'ensemble de l'observation clinique en fonction de théories scientifiques plus ou moins consistantes<sup>5</sup> ».

Toutefois, avec la volonté de hiérarchiser les mécanismes de défense - classer les mécanismes des plus immatures/inadaptés aux plus matures/adaptés - s'instaure pour la première fois un langage relativement consensuel. La notion de maturation des mécanismes de défense, c'est-à-dire d'une évolution de ceux-ci en rapport avec le développement psychique, apparaît déjà dans les écrits de Freud et sera à l'origine de la volonté de hiérarchisation de ces mécanismes, puis par la suite de leur regroupement en *styles défensifs*. Cette volonté de hiérarchisation part de l'hypothèse qu'il existe une « relation entre degré de maturité du Moi, des mécanismes de défense et vulnérabilité à la psychopathologie<sup>6</sup>. »

### III. Une méthode d'évaluation des mécanismes de défense: Le DMRS.

Il existe à ce jour trois moyens d'évaluation des mécanismes de défense: les auto-questionnaires, les mesures projectives et les méthodes d'évaluation d'entretiens cliniques. Cependant, je ne m'arrêterai pas sur les deux premiers, pour me concentrer uniquement sur les méthodes d'évaluation d'entretiens cliniques, qui sont à la base de l'outil à partir duquel se fera ce travail, le DMRS.

L'évaluation d'entretiens cliniques est l'une des méthodes les plus employées. Des entretiens sont cotés par des cliniciens sur la base de définitions précises de chaque défense, en général associées à des grilles d'évaluation. Les problèmes importants posés par ces méthodes sont « la difficulté à obtenir des cotations fidèles et la validité des définitions utilisées<sup>7</sup> »

La méthode d'évaluation clinique la plus reconnue et la plus utilisée de nos jours est celle développée dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix par J.C. Perry, psychiatre américain formé par George Vaillant. Il s'agit d'un manuel de cotation des défenses: le Defense Mechanisms Rating Scale (DMRS).

#### A. description de l'outil

Le DMRS est un outil servant d'échelle d'évaluation. Il est constitué de 28 mécanismes de défense distincts regroupés 7 niveaux hiérarchiques allant du moins adaptatif au plus adaptatif. Chaque mécanisme est présenté avec un diagnostic différentiel, permettant l'évaluation qualitative (déterminer si le mécanisme est présent, probable ou absent) et quantitative (fréquence d'apparition de chaque mécanisme). Il permet enfin d'établir un *score défensif global* selon la proportion de mécanismes de défense présents dans chacune des sept catégories. Il s'agit d'une moyenne pondérée calculée sur la base de ces mêmes catégories, et est le reflet du fonctionnement défensif du sujet: un score bas montre un fonctionnement défensif peu adaptatif, et un score élevé un fonctionnement plus mature. Ce score représente par exemple un intérêt dans le suivi de l'évolution du fonctionnement d'un patient.

Le tableau 1 regroupe tous les mécanismes de défenses, classés par niveaux hiérarchiques.

Hormis la notion de pouvoir adaptatif que les différents niveaux sous-tendent, il y a par ailleurs la manière dont ceux-ci permettent de diminuer l'impact de tel ou tel affect. Chaque catégorie regroupe les défenses selon le processus qui les caractérise:

- les défenses par l'agir: l'affect est directement déchargé à l'occasion d'une action impulsive, souvent dirigée contre l'autre. Notons que le passage à l'acte se déroule rarement pendant la séance, mais le fait est rapporté par le patient au cours de l'entretien.
- les défenses borderline: aussi appelées *défenses par altération majeure de l'image*, processus au cours duquel le soi ainsi que l'image de l'objet sont déformés, pour se conformer totalement à un sens ou à une émotion en particulier.
- les défenses par le désaveu: l'expérience subjective, les affects ou les pulsions sont désavoués au profit de l'image de soi.
- les défenses narcissiques: aussi appelées *défenses par altération mineure de l'image*, déforment de manière moins complète que les défenses borderline l'image de soi ou de l'autre au profit d'une image de soi ou d'un affect plus acceptables.
- les défenses névrotiques: servent à maintenir l'agent de stress hors de la conscience (refoulement, dissociation), ou permettent l'expression de celui-ci soit en modifiant l'affect qui en découle, soit en

modifiant la cible (déplacement, formation réactionnelle)

- les défenses obsessionnelles: agissent par minimisation ou neutralisation de l'affect, sans modifier la réalité externe qui y est associée.
- les défenses matures: permettent une perception consciente des idées et des affects tout en promouvant l'équilibre entre ces affects et les pulsions conflictuelles.

Niveau défensif	Défenses	Pondération
1. par l'agir	passage à l'acte, agressivité passive, hypocondrie	x1
2. borderline	clivage des représentations de l'objet, clivage des représentations de soi, identification projective	x2
3. désaveu	déni névrotique, projection, rationalisation, rêverie autistique	x3
4. narcissique	omnipotence, idéalisation de l'objet, idéalisation de soi, dévalorisation de soi, dévalorisation de l'objet	x4
5. autres névrotiques	refoulement, dissociation, formation réactionnelle, déplacement	x5
6. obsessionnelles	isolation, intellectualisation, annulation rétroactive	x6
7. de maturité	affiliation, altruisme, anticipation, humour, affirmation de soi, introspection, sublimation, répression	x7

*tableau 1: classement des mécanismes de défense*

## **B. applications**

Les applications du DMRS sont nombreuses. Dans le cadre de ce travail, il sera question de l'utilisation du DMRS sur des entretiens psychothérapeutiques, c'est pourquoi il me semble plus pertinent de me limiter à décrire l'application de l'outil dans le processus psychothérapeutique.

Comme le souligne Perry dans ses travaux, «les mécanismes de défense et l'étude de leur évolution pourraient constituer à la fois un marqueur du fonctionnement du patient en psychothérapie, une modalité d'évaluation du changement mais également des risques d'interruption du processus thérapeutique<sup>8</sup>.»

Plusieurs de ces caractéristiques supposées ont fait l'objet d'études, qui se sont appuyées sur cet outil et qui ont révélé au cours de psychothérapies psychanalytiques « une évolution du fonctionnement défensif des patients: le score défensif global augmente de manière significative, alors que la proportion de défenses immatures diminue au profit de défenses plus matures » mais aussi que «ces changements dans le niveau défensif ont pu être constatés après deux ans de psychothérapie, ce qui souligne la stabilité du fonctionnement défensif de certains patients<sup>9</sup>.»

D'autres particularités ont été relevées par Perry (2001) à l'aide du DMRS, comme d'importantes fluctuations de la quantité de mécanismes de défense employés, tout comme la relative stabilité du répertoire accessible de défenses spécifiques. Ainsi, comme le soulignait déjà Vaillant (1993) il y aurait une part «trait-dépendante» des mécanismes de défense, c'est-à-dire un répertoire limité et spécifique de mécanismes de défense propres à chacun, et une part «état-dépendante» (comme par exemple les facteurs de stress internes et externes, les événements survenus entre les séances ou encore le contenu de la séance), qui influencerait la fréquence et l'intensité des mécanismes utilisés.

Enfin, de larges recherches ont été menées par une équipe de l'Institut Universitaire de Psychothérapie de Lausanne (IUP) dans le cadre d'interventions psychodynamiques brèves (4 séances). Ces études se sont entre autre intéressées à l'évolution du profil défensif au cours des interventions, et à l'établissement précoce ou non d'une alliance thérapeutique en fonction du fonctionnement défensif du patient et du type d'interventions du thérapeute face aux défenses utilisées. Ces études ont montré des changements reproductibles dans le fonctionnement défensif des patients avec une augmentation significative des défenses de type obsessionnel et une diminution de celles de type narcissique<sup>10</sup>. Quant au développement précoce d'une alliance thérapeutique, il semblerait que celle-ci dépende moins du fonctionnement défensif en soi que de la manière dont le thérapeute choisit d'intervenir face au fonctionnement défensif du patient. Des interventions plus soutenantes conviendraient mieux à un niveau défensif bas alors que des interventions exploratrices seraient plus bénéfiques pour un fonctionnement défensif haut<sup>11</sup>.

## **C. la cotation**

La cotation se fait sur la retranscription écrite d'un entretien d'environ 50 minutes. Les entretiens sont enregistrés sur bande son, puis retranscrits par écrit de la manière la plus fidèle possible, c'est à dire en rapportant aussi les erreurs de langage, les bégaiements, etc. Le nombre de défenses retrouvées se situe en général entre 30 et 50 défenses.

La cotation se fait alors en 2 étapes: la première étape consiste à repérer la défense, une défense pouvant se manifester de plusieurs manières au cours d'un entretien; changement dans le discours du sujet, présence d'un affect inattendu ou absence d'un affect attendu, etc. Ces manifestations entraînent de légères perturbations dans le cours de l'entretien pouvant mettre sur la piste de la présence d'une défense.

Une fois cet événement repéré, il s'agira de comprendre quel affect est en jeu et de quelle manière le patient s'en défend, ce qui mènera à un diagnostic différentiel de plusieurs défenses parmi lesquelles il faudra choisir la plus plausible. En fonction du degré de probabilité de ladite défense, celle-ci sera cotée par un 2 (présence certaine), un 1 (présence probable), ou un 0 (absence).

Chaque entretien est coté par un membre de l'Institut et fait par la suite l'objet d'un consensus.

## **D. les mécanismes de défense psychotiques**

Les mécanismes de défense psychotiques ont déjà intéressé plusieurs auteurs par le passé. Vaillant

(1971) reste l'un des rares à avoir mis au point un modèle incluant le niveau psychotique. Ce modèle, qui comprend 3 mécanismes psychotiques viendra s'ajouter à l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV, dans le niveau de dysrégulation défensive qui correspond à «l'échec de la régulation défensive à contenir les réactions de l'individu aux facteurs de stress, ce qui conduit à une rupture marquée avec la réalité objective<sup>12</sup>.»

D'autres auteurs encore se sont intéressés à réaliser une liste de mécanismes de défense psychotiques par le passé: le tableau 2<sup>13</sup> montre les similitudes et des divergences de leurs travaux.



	Kernberg (1994)	Vaillant (1992)	Racamier (1976)	Piasentin (2001)	P-DMRS (2009)
Dévitilisation	x			x	(retrait autistique)
Animation	x			x	(retrait autistique)
Démontage	x			x	(retrait autistique)
Encapsulation autistique	x			x	(retrait autistique)
Fusion	x			x	(retrait autistique)
Fragmentation	x			x	x
Déni psychotique		x		x	x
Distorsion		x		x	x
Projection délirante		x		x	x
Constriction	x				
Hypocondrie	x				(DMRS: par l'agir)
Insanisation			x		
Identification introjective			x		
Identification projective			x		(DMRS: borderline)
Clivage			x		(DMRS: borderline)
Retrait autistique					x

tableau 2: «les mécanismes de défense psychotiques» (Berney, 2010)

Le DMRS ne comporte pas encore de défenses dites psychotiques. Cependant, plusieurs groupes de recherche sont en train de mener à bien des études à ce sujet, afin de pouvoir à terme y ajouter cette nouvelle catégorie de défenses. Un projet d'ajout de 5 défenses psychotiques sous la forme d'un addendum au DMRS, le P-DMRS (Psychotic-DMRS), est en cours de construction dans le cadre de l'IUP, en collaboration avec l'équipe du Pr. Perry et du Pr. Drapeau de l'Université McGill de Montréal. Cette annexe contient pour le moment les 5 défenses psychotiques suivantes: le déni psychotique, la projection délirante, la distorsion, le retrait autistique et la fragmentation. Cette nouvelle catégorie de défenses prendrait place au niveau 0 de l'échelle d'évaluation, niveau le moins adaptatif puisque cette adaptation se fait au détriment du contact avec la réalité. Décrivons brièvement ces 5 mécanismes:

- le retrait autistique: le sujet se coupe de son environnement de façon nette, ce qui peut se faire de manière active (le sujet se cloître chez lui, évite tout contact avec autrui), ou passive (le sujet a l'impression que tout lui échappe)
- le déni psychotique: le sujet désavoue/refuse certains aspects évidents de la réalité de son expérience interne, ou certains événements évidents de la réalité externe (un événement vécu, un objet physique)
- la distorsion: le sujet refaçonne grossièrement la réalité interne et/ou externe et se base sur cette représentation erronée pour interpréter les choses
- la projection délirante: le sujet attribue ses propres sentiments/pensées inavouées ou non reconnues à un objet interne et/ou externe, lui attribuant des pouvoirs ou actions ne pouvant être objectivement vrais
- la fragmentation: le sujet fait un clivage multiple touchant les représentations de soi et de l'objet. Il parle alors des affects et des représentations comme étant composés de choses indépendantes les unes des autres.

# RECHERCHE

## 1. Objectifs

Le but du travail sera d'évaluer quatre entretiens correspondant à 4 patients différents sur la base des données recueillies par l'institut de psychothérapie du CHUV. A l'aide du P-DMRS, une cotation complète des mécanismes de défense respectifs de ces 4 entretiens sera effectuée, puis une analyse de ceux-ci.

La partie analytique concernera d'une part les défenses psychotiques, et d'autre part les catégories de défenses non-psychotiques les mieux représentées, en choisissant pour chaque patient les mécanismes les plus représentatifs de leur fonctionnement. Il s'agira d'expliquer la présence de ces défenses, et de les illustrer avec des passages de l'entretien. Ceci permettra de montrer ce qu'est un mécanisme de défense, qu'il est possible de le repérer puis de le classer dans l'une des catégories tout en expliquant pourquoi elles apparaissent. Enfin, il s'agira aussi de faire des liens entre les mécanismes de défense retrouvés et la pathologie dont souffre le patient.

Outre ces objectifs inhérents à l'utilisation du P-DMRS, il s'agira de vérifier quelques hypothèses concernant les résultats attendus. Ces hypothèses seront exposées ultérieurement.

## 2. Instruments

L'instrument de travail principal est le P-DMRS. Pour pouvoir l'utiliser, il faut dans un premier temps se familiariser avec cet outil afin de pouvoir dans un deuxième temps l'utiliser pour repérer les mécanismes de défense. Une formation au DMRS dans le cadre de l'IUP donnée le Professeur De Roten est suivie, afin de d'apprendre à repérer des défenses et coter des entretiens dans leur entier, puis ceux-ci sont corrigés en consensus avec d'autres personnes suivant la même formation.

La cotation des 4 entretiens de ce travail s'est déroulée avec l'aide de Mme Sylvie Berney, avec laquelle chaque entretien a été revu après une première cotation.

## 3. Matériel

Le matériel de travail comprend quatre entretiens de 50min qui ont été menés par des membres de l'IUP, dans le cadre de la récolte de données pour l'étude des mécanismes de défense. Le thérapeute suit une brève formation à L'entretien Psychodynamique selon Perry dont le but est de repérer les affects et d'y confronter le patient systématiquement afin de faire ressortir les défenses. Ces entretiens ne rentrent pas dans le contexte d'une psychothérapie car il s'agit d'une rencontre unique entre un thérapeute et un patient qui ne se connaissent pas. Les questions posées par le thérapeute sont d'ordre général et tournent autour de la vie du patient, celui-ci profitant d'une certaine liberté pour parler de ce dont il veut.

Il s'agit de quatre entretiens de deux patients schizophrènes (un patient schizophrène paranoïaque et un tr. schizo-affectif) et de deux patients bipolaires. Ces pathologies sont des troubles psychiatriques graves faisant partie des troubles psychotiques, et ont été choisies afin que puissent aussi être mis en évidence des défenses de type psychotiques.

Les patients sont tous suivis au sein de l'IUP, les patients bipolaires étaient hospitalisés au moment de l'entretien, et les patients schizophrènes suivis en ambulatoire. Les critères d'exclusion sont peu nombreux, les patients devant ne pas être toxicomanes ou souffrir de retard mental.

## 4. Hypothèses

### *hypothèses globales:*

1. Les patients devraient montrer un score défensif global (ODF) comparable en vue de la gravité de leur pathologie, et on devrait retrouver des défenses d'à peu près chaque niveau chez tous les

patients, dont des défenses de type mature.

2. On peut cependant s'attendre à ce que l'ODF des patients schizophrènes soit légèrement plus bas que celui des patients bipolaires, car c'est une maladie dont la psychose fait toujours partie, alors que chez les bipolaires elle peut en être une composante mais pas nécessaire. Partant de là on devrait donc retrouver, en terme de proportions par rapport aux autres types de défenses, plus de défenses de type psychotique chez les schizophrènes que chez les bipolaires. C'est principalement cet élément qui conduirait à une baisse du score défensif chez les schizophrènes.

### ***hypothèses spécifiques:***

Des différences devraient apparaître dans les catégories de défenses non-psychotiques les plus représentées, ceci dépendant aussi bien de la pathologie en jeu que du fonctionnement psychique de chaque patient pour faire face aux difficultés qu'il rencontre. Pour les mêmes raisons, des différences au sein des mécanismes de défense psychotiques devraient se révéler.

Quelques hypothèses plus spécifiques peuvent être avancées. Elles se basent sur les travaux déjà menés par l'équipe du Professeur Despland au sujet de la corrélation entre une pathologie donnée et le type de défense qui les caractérisent:

1. Concernant le trouble bipolaire, l'on a constaté que les défenses de type borderline et par l'agir étaient assez typiques, ainsi que les défenses de type narcissique. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en phase maniaque on est dans l'omnipotence et l'action et dans les phases dépressives on est dans la dévalorisation de soi.
2. Chez les schizophrènes les défenses obsessionnelles seraient plus présentes. On peut imaginer que la projection délirante est une défense commune chez les schizophrènes paranoïdes, on s'attend à retrouver plus souvent cette défense chez le patient concerné; chez les schizophrènes aussi, le retrait autistique devrait être plus caractéristique, car le repli sur son monde intérieur est plus commun à cette pathologie.
3. Les défenses par le désaveu sont quant à elles fréquemment retrouvées aussi bien chez les bipolaires que chez les schizophrènes.
4. Y a-t-il pour une particularité de l'utilisation d'une défense psychotique en fonction du diagnostic?

Il faut garder à l'esprit que les défenses peuvent être fortement influencées par plusieurs facteurs comme le sujet de la discussion, le type d'interventions du thérapeute, ou encore l'état psychique du patient au moment de l'entretien. Dans les cas où il sera possible de le faire, des exemples illustrant ces influences seront montrés.

## **5. Résultats**

Les résultats sont regroupés dans un tableau. Chaque colonne correspond à un patient et comprend la somme des défenses non-psychotiques et leur répartition par niveau, la somme des défenses psychotiques et enfin le score défensif global. Pour chaque catégorie défensive on retrouve le nombre de défenses repérées, ainsi que le pourcentage de défenses mature/ immature/ psychotique de chaque sujet, permettant de se faire une première idée des niveaux les mieux représentés. La discussion des résultats comprendra, pour chaque patient, les quelques points suivants:

1. une description clinique brève pour la mise en contexte
2. les défenses psychotiques: un exemple de chaque type de défenses psychotiques que le patient utilise
3. les défenses autres: des exemples des 3 niveaux de défenses les plus représentés seront donnés pour chaque patient. La défense la plus souvent cotée sera choisie comme exemple. En outre sera ajouté un exemple de défenses de type borderline et par l'agir pour chaque patient bipolaire.
4. un exemple de défenses de maturité quand il y en a

	Patient 1: schizophrénie paranoïde		Patient 2: tr. schizo-affectif		Patient 3: tr. bipolaire		Patient 4: tr. bipolaire	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Défenses matures</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Défenses intermédiaires:</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
Obsessionnelles	1		4		10		11	
Névrotiques	4		1		0		2	
<b>Défenses immatures:</b>	<b>14</b>	<b>42</b>	<b>29</b>	<b>66</b>	<b>31</b>	<b>55</b>	<b>36</b>	<b>54</b>
Narcissiques	3		6		4		12	
Désaveu	10		19		12		14	
Borderline	0		2		9		4	
Par l'agir	1		2		6		6	
<b>Défenses psychotiques</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>23</b>
Retrait autistique	2		3		1		0	
Déni psychotique	1		0		1		0	
Fragmentation	0		1		3		12	
Projection délirante	5		4		9		3	
Distorsion	2		1		1		0	
Concrétisation	0		0		0		0	
<b>Total</b>	<b>34</b>		<b>44</b>		<b>56</b>		<b>66</b>	
<b>ODF</b>	<b>3.05</b>		<b>2.80</b>		<b>2.43</b>		<b>2.94</b>	

tableau 3: résultats

# PATIENT 1

## Présentation clinique:

Il s'agit d'un jeune père dont le diagnostic est la schizophrénie. Son récit décrit essentiellement un conflit grave que le patient a vécu avec son oncle, avec lequel il avait commencé à travailler et qui l'a escroqué, puis menacé et harcelé. Selon le patient, c'est depuis ces événements que sa santé mentale a commencé à se détériorer, l'amenant à un état d'anxiété persistant et invalidant et le rendant méfiant dans tout contact avec autrui avec pour conséquences des répercussions non négligeables sur sa vie sociale. Il semble y avoir un décalage entre le récit du patient et la réalité, récit probablement composé de faits réels, mais pour la plupart si extrêmes qu'il est difficile de les croire. L'impression générale laissée par ce récit est celle d'un patient constamment victime des autres, sujet à des agressions d'une intense violence et sans raison pouvant réellement les expliquer. Le repli sur soi et la méfiance à l'égard des gens conséquents à ces attaques ne sont pas plus rationnels et alimentent la non-vraisemblance des faits racontés.

## Défenses psychotiques:

Projection délirante: le patient s'en sert de manière systématique au long de l'entretien car elle est à la base de son délire de persécution. Voici un premier exemple où le thérapeute demande au patient de lui raconter comment les problèmes avec son oncle ont commencé:

*«P: ... en plus y m'a accusé d'l'avoir volé--- euh—y s'est jeté sur ma femme pour la frapper donc elle a quand-même fait deux fausses couches----- euh y—nous a mené la vie dure y m'a envoyé des faux agents d'police à la maison pour m'tabasser donc euh----après y s'en est pris à mes clients---de-dernièrement c'est c'qui est arrivé on est-on travaillait sur un chantier—j'avais six employés----il a débarqué au chantier avec des amis à lui des trafiquants---y ont essayé d'faire le bordel au chantier on a réussi à les virer pis après y sont directement allés chez mon client à son bureau----et euh—on a tout perdu---voilà.»*

Puis le thérapeute lui demande quelles sont les personnes à qui il fait encore confiance après toutes ces histoires. Le patient énumère quelques personnes et ajoute:

*«P: ... j'ai pas confiance en mon conseiller en chômage -- j'ai confiance en personne -- j'ai peur de parler aux gens parce que j'ai peur qu'ils me fassent du mal.»*

Distorsion: elle sert au patient à modifier la réalité des événements vécus et à lui donner une tournure moins menaçante; la rencontre avec l'assistante sociale s'est mal déroulée car elle l'a pris de haut, alors qu'en réalité c'est probablement l'anti-sociabilité du patient qui a dû poser problème.

*«P: j'ai eu des problèmes avec une—assistante de conseiller dans l'social en plus au début quand j'suis arrivé là-bas--- que j'étais pas bien dans ma peau à cause d'toutes ces histoires—elle m'a un peu pris de haut en plus donc les relations---ont déjà quand-même mal commencé donc bon elle s'est fait réprimander pour ça mais----mais voilà quoi le mal a été fait donc euh—j'ai déjà eu dès l'départ un m---un mauv-un mauvais pressentiment.»*

Retrait autistique: ce mécanisme permet au patient de s'isoler de l'entourage qui, dans son délire de persécution, représente une menace à son égard.

*«P: ... j'appelle plus mes amis j'avais beaucoup d'amis avant---j-j'ai coupé l'contact avec eux parce qu'j'avais besoin d'm'isoler. »*

Déni psychotique: on peut penser que la maladie était déjà présente avant le conflit avec l'oncle, mais que cet événement l'a fait flamber. Or le patient dit qu'avant cette histoire tout allait bien.

*«T : mhm mhm----- peut-être pour revenir un peu à c'que vous m'disiez de votre parcours récent et-et tous ces-----ces soucis qu'vous avez eus---y a comme ça euh beaucoup d'choses qui ont été liées au contexte de cette relation avec votre oncle—ces difficultés relationnelles—comment vous comprenez ça vous avez l'impression qu'vous étiez euh en bonne santé—avant ? et pis qu'y a eu tous ces soucis et que vous êtes tombé malade comme ça et qu'maintenant vous êtes en train d'vous remettre ?*

P : non mon oncle m'a-mon oncle m'a brisé l'cœur

T : mhm mhm

P : euh---j---j'avais pas d'problèmes avant ça----j'avais des factures à payer euh----comme tout l'monde euh j'avais des responsabilités----et j'avais----j'étais bien dans ma peau---j'étais bien dans ma peau»

## **Défenses immatures:**

### ***Défenses narcissiques***

Dévalorisation: par ce mécanisme, le patient peut minimiser la déception liée à l'absence de son père dans son enfance.

«P : ma mère on a toujours eu une relation très---mon père a jamais été là pour nous en fait---lui c'qu'y l'intéressait c'était euh---même si y étaient mariés même s'il avait un fils et qu'y habitaient ensemble--- c'qui lui p-c'qui lui plaisait à mon pl-à mon père c'était d'plaire aux autres---c'était d'montrer qu'il avait d'l'argent---pas du pouvoir mais qu'il avait une bonne situation, un bon véhicule euh---c'est— voilà c'est euh rendre jaloux tout l'monde autour de nous---pfff y sortait tout l'temps il est même parti plusieurs fois en vacances sans nous donc c—voilà»

## **Défenses intermédiaires:**

### ***Défenses type obsessionnel***

Intellectualisation: ici elle est marquée par l'utilisation d'un mot intellectuel, le «barbarisme».

«P : j'pense rien j---j'ai-j'ai---j'ai été tellement choqué de c'qui m'est arrivé avec mon oncle à ma femme et à moi—comment la ch-les choses ont pris le-le barbarisme que ça a pris---que je---j'ose même pas penser c'qu'on pourrait m'faire» **Défenses par le désaveu**

### ***Défenses névrotiques***

Dissociation: les affects et représentations se mettent hors de la conscience et sont ressentis sans être intégrés au niveau cognitif. Le patient rapporte des symptômes physiques et un stress dont il ne comprend pas l'origine.

«P : ça change le comportement et ça change la façon d'respirer---ça euh-ça me stresse ça m'envoie une chaleur ça m-m----y a plein d'pensées de-plein d'choses en même temps qui m'arrivent---euh dans la tête—ça euh-----je-j'en oublie tout ! j'en oublie tout euh----pfff» Dénî: lorsque le thérapeute demande au patient si ses difficultés relationnelles se retrouvent aussi dans ses liens familiaux, ce dernier utilise le déni. Il est difficile de croire sa vie familiale ne soit pas plus difficile, alors que le patient rencontre de grosses difficultés au niveau de sa vie sociale en général.

«P: ça s'passe bien—oui ça s'passe bien-----y a des jours / un peu d'pression d'autres moins--- mais c'est pas-mais c'est pas les enfants qui nous mettent la pression

T : vous faites appel à des structures qui existent ou comme ça ?

P : non pas du-----on fait comme on peut nous à chaq-on essaie de faire comme on peut donc euh---on s'en sort pas trop mal---on s'en sort pas trop mal on pourrait s'en sortir mieux mais on s'en sort pas trop mal j'trouve»

## **Défenses de maturité:**

Affirmation de soi: ici le patient se protège contre le stress provoqué par le jugement d'autrui en s'affirmant; notons que la défense n'agit pas pendant l'entretien, mais que le patient rapporte à travers son récit le moment où elle est intervenue.

«P: j'ai dû prouver à tout l'monde que j'pouvais monter une société avoir des employés des contrats euh---et que j'étais quelqu'un d'sérieux et d'fiable-----une fois d'plus !»

**Synthèse:**

Chez ce patient la grande majorité des catégories sont représentées, hormis les défenses de type borderline, la fragmentation et la concrétisation. Une part importante de ses défenses sont constituées de défenses par le désaveu et de défenses de psychotiques. C'est la projection délirante qui est la plus utilisée des défenses psychotiques. A noter le nombre élevé de défenses matures qui relèvent l'ODF de ce patient.

## PATIENT 2:

### Présentation clinique:

Voici une patiente souffrant d'un trouble schizo-affectif et racontant les difficultés qu'elle rencontre lorsqu'elle va moins bien pour gérer sa vie, en particulier s'occuper de sa fille et de ses finances, choses pour lesquelles elle a souvent besoin de se faire aider.

### Défenses psychotiques:

Retrait autistique: l'isolation et le replis sur soi sont, lorsqu'ils sont excessifs, considérés comme un mécanisme de défense psychotique, car les raisons avancées par le patient ne justifient pas des comportements aussi radicaux. Dans les moments difficiles, la vie de cette patiente devient chaotique, elle se disperse, dépense beaucoup d'argent et ne gère plus ses factures. La patiente décrit des sentiments forts de honte et de culpabilité à cet égard, qui la poussent à s'isoler, à dormir à l'excès et à vouloir «disparaître sous terre» pour échapper une fois pour toutes à ses problèmes.

*«P: mais par exemple le dimanche, c'était extrêmement rude pour moi et d'ailleurs quasiment pendant j'sais pas combien de temps je n'sortais pas le dimanche de chez moi---euh---parce que ça m---ben de-de---de croiser ou de voir des familles parce que le dimanche c'est quand-même un jour très famille---etc. pour moi c'était pas possible quoi---donc euh---voilà»*

Projection délirante: ici l'utilisation d'une telle défense sert probablement à déplacer le sentiment que doit avoir la patiente d'être une menace pour sa fille, étant malade et incapable de s'occuper d'elle, sur la famille d'accueil qui a recueilli son enfant.

*«P: après ben ça s'est arrêté parce qu'y a eu une histoire euh— parce que cette femme vivait donc avec son mari et son ex-mari dans la même maison-----et pis apparemment y aurait une histoire où l'ex-mari-----aurait euh—touché le vagin d'une des petites—et pis ma fille m'aurait dit la même chose donc euh—y a eu intervers-inrte-intervention de la police--- mais apparemment y ont---y ont dit que la petite fille qui avait signalisé ça en fait euh---ben elle était- --de couleur---pis moi j'soupçonne cer—enfin j'sais pas c-y a rien qui est très clair dans cette histoire mais euh»*

Distorsion: pour la patiente il est évident que toutes ses difficultés à vivre en couple viennent du fait qu'elle n'a pas eu de modèle de couple dans l'enfance. De même si elle n'a pas envie d'exister, c'est parce que sa mère ne l'avait pas désirée et aurait voulu avorter. C'est un moyen pour la patiente de se déresponsabiliser dans ses difficultés/échecs et d'éloigner les affects qui y sont liés.

*«T: mais là—comment ça s'est passé alors vous êtes tombée amoureuse ? et puis euh---enfin la dernière histoire euh*

*P : la dernière histoire ?*

*T : mhm mhm-----j'sais pas si vous v---voulez—m'raconter un p'tit peu plus ?*

*P : euh-----je sais pas—c'est assez complexe en fait là c'est vrai qu'j—bosse assez sur mes euh-pis bon j'suis pas mal aussi autodidacte au niveau thérapies (rires)—ouais pis j'ai fait—plein de thérapies différentes etc.---et pis euh—ben c'est vrai qu'là je—réalise pas mal de choses euh---dans l's-l—l'envie de plus exister b-ben c'est aussi—c'est aussi avant parce qu'j'étais pas désirée, ma mère voulait avorter elle m'l'a assez dit dans l'enfance enfin etc.—et pis euh-----et pis euh---et pis-pis voilà pis j'ai pas eu de modèle en fait de couple moi aussi en fait ma mère et mon père euh---ben j'étais pas désirée y é-y étaient pas ensemble enfin etc.---une histoire un peu compliquée---et pis euh-----pis j'ai pas eu beaucoup de modèles de couple en fait—donc euh—donc c'est vrai qu'là j'bosse pas mal là-dessus !»*

Fragmentation: discours apparemment incohérent mais en lisant attentivement tjs le lien entre son passé, son présent et comment elle a fait pour ressentir son corps pour éviter le morcellement; cependant on peut dire que le discours est fragmenté parce qu'elle parle de son enfance, sa grossesse, et des thérapies dans le même temps et il est très difficile de suivre ses pensées.



«P: et pis voilà pis là du coup j'ai commencé en fait à faire beaucoup d'yoga—(se râcle la gorge)— j'ai aussi fait une école que j'ai pas terminée mais enfin voilà ! un p'tit bout d'formation---euh— beaucoup d'yoga---de méditation-----et pis de—divers thérapies euh---alternatives enfin on pourrait appeler ça comme ça donc j'ai essayé de—la métakinébiologie, de la kinésiologie---de la psychogénéalogie---euh---les fleurs de bach, je—faisais ça en automédication pis j'allais voir une dame de temps en temps----j'avais une jolie boîte, que j'ai—jetée euh---j'aurais pas du faire ça enfin tant pis ! et pis---j'ai—fait qu'est-ce j'ai fait ouais j'ai fait pas mal de choses comme ça en fait euh—pis—j'me suis fait beaucoup masser en ayurveda---ça ça m'a beaucoup aidée—de revenir dans l'corps---ça c'était quelque ch-j'allais une fois par semaine---ça ça m'a énormément aidée quoi---et pis euh ben j'm'a-j'm-mangeais bien—enfin etc. j'avais quand-même toujours ces trucs euh--- entendre des voix, enfin etc.---de ressentir des choses (se râcle la gorge)

T: vous dites revenir dans l'corps ? c'est une impression de-d-d'en sortir ? ou une impression de plus bien percevoir les limites de votre corps ? ou

P: non moi j'pense qu'en fait euh—de part beaucoup d'choses qui m'sont arrivées dans mon enfance, etc.---parce qu'en fait j'suis allée voir-j'ai fait aussi du md-du MDR---en fait avec un psychologue euh ça c'était juste avant—en fait euh d'aller à Cery j'ai fait une dizaine de séances---pis j'ai refait un peu après mais bon voilà---ouais pis j'ai essayé j'sais plus quoi encore mais—ouais j'avais une méthode grimberg, enfin—etc.-etc.—faudra qu'j'fasse une liste---mais euh-----euh---j-ben oui ben-juste en fait—quand j'suis allée voir c'monsieur (se râcle la gorge) y m'a---c'est la première fois parce que quand j'l'ai appelé y comprenait pas pourquoi j'l'appelais, j'arrive---pimante enfin etc. euh bon là je-j-ouais j'avais un style un p'tit peu différent—euh—tout bien maquillée enfin etc. pis y comprenait pas du tout pourquoi j'étais là—et pis y m---pis ben y m'a demandé d'expliquer un peu mon histoire etc.---et pis---au bout d'un moment—j'crois qu'c'est là où vraiment y a eu une résonance---et où j'me suis vraiment sentie complice et où j'ai réalisé à quel point en fait j'avais—vécu des traumatismes et des-des choses comme ça ! j'crois que jusqu'à là j'avais occulté ça—j'le comprenais avec l'intellect mais—pas avec le reste enfin—j'sais pas comment expliquer ça---mais l'massage j'le faisais avant hein bien avant---les massages-mais j'pense que dû—à---ouais ou—ou à- c'que j'ai vécu dans l'enfance enfin etc. pis y a des prises de drogues enfin---pis pas mal de choses- j'pense que j'étais pas—tellement dans mon corps quoi pis d'y revenir-pis j'ai eu—peu d'câlins en fait---de ma mère j'ai eu-beaucoup vécu en foyers donc euh j'ai pas eu un père qui m'a pris dans ses bras—j'ai rencontré mon père à huit ans---et pis euh-----ouais j'ai—j'ai pas eu de-de gens d'ma famille pis en foyer y a pas vraiment d'câlins quoi parce ça pourrait vite être perçu aussi différemment- --donc c'est vrai q---ouais des-des—des choses en fait euh---tactiles etc. je-j'ai peu eu quoi—donc j'pense euh---pis aussi j'me suis beaucoup coupée finalement de choses que—j'voulais peut-être pas ressentir quoi---donc euh j'pense que j'ai---longtemps été euh pas beaucoup dans mon corps quoi- jusqu'à une euh—certain---un certain temps quoi !-----pis c'est vrai qu'ben l'yoga---ma grossesse m'a fait aussi bien revenir dans l'corps ça c'est sûr (se râcle la gorge)—pis là j'm'occupais bien d'mon petit bébé qui était dans mon ventre—pis c'était aussi une période où j'me suis bien occupée d'moi—pis j'pense qu'c'est—vraiment été euh---déjà pour ma grossesse—j'm'étais préparée parce je-j'm— étais fait des-des cures de désintoxication avec des légumes des fruits---euh enfin—d'aller courir l'matin etc. pour vraiment laver l'corps---donc j'pense qu'inconsciemment j'préparais en fait la venue d'ce bébé quoi»

## **Défenses immatures:**

### **Défense narcissique**

Omnipotence: comme on l'a déjà souligné plus tôt, ses problèmes sont justement situés au niveau de l'organisation, de la planification. On peut dire qu'elle s'attribue alors des qualités exagérées en pensant que ce sont chez elle des points forts.

«P. autrement c'est dessinatrice euh---en bâtiment----qui m'intéresse pas mal parce c'est vrai qu'j'suis assez-j'ai un côté très structuré très—ordre organisé—j'aime bien les plans euh—j'avais d'ailleurs dessiné plus ou moins les plans d'ma—maison euh—la maison d'mes rêves (rires)»

### **Défenses par le désaveu**

Rationalisation: ce mécanisme met en avant une explication rationnelle là où on ne l'attendrait pas vraiment. Dans cet exemple la patiente utilise ce mécanisme quand elle parle de ses méthodes pour gérer son argent,

chose qui est très difficile pour elle. En effet, elle est obligée de tenir la moindre de ses dépenses à jour pour que «le système» ne s'emballer pas. Par ce mécanisme elle se défend contre un probable sentiment de honte:

*«P: mais j' pense qu' après on a tous des méthodes euh---différentes de gérer nos f—de gérer des finances en fait et pis euh---et pis que---j' pense que des fois de simplifier—c' est—aussi bien»*

L'autre thème difficile pour la patiente est celui de sa fille. Elle a été contrainte de la placer en famille d'accueil à plusieurs reprises dans des périodes où elle était trop malade pour s'occuper d'elle. La patiente explique qu'une fois elle a récupéré sa fille un peu trop tôt, mais elle explique cela en disant:

*«P: et pis après en fait alors elle est restée en fait huit mois—en tout-----et j' l' ai récupérée----l' été dernier-----mais c' était un peu tôt---mais euh*

*T: c' était un peu tôt euh*

*P: un peu tôt dans l' sens où c' est vrai qu' j' pense j' avais encore besoin d' soutien---mais c' est vrai qu' c- cette famille- là ben---c' était—j' étais pas forcément très en accord avec leurs valeurs euh pédagogiques euh—etc.---et pis euh—bon c' était des gens âgés s-ouais une soixan-enfin âgés—une soixantaine d' années----mais avec euh-----ouais---avec euh-pis y parlaient pas très bien l' français en tout cas elle enfin bref—c' était un peu bizarre quoi»*

La vraie explication serait peut-être qu'elle l'a récupérée plus tôt car cette séparation douloureuse la renvoyait à sa propre maladie. Avec la rationalisation on a l'impression que l'explication reste très en surface. Elle sert à cacher la vraie explication, liée à l'affect désagréable.

### **Défenses intermédiaires:**

#### ***Défenses de type obsessionnel***

Intellectualisation: dans ce passage la patiente parle d'elle-même mais en faisant une généralisation.

*«P: ..on est tous sensibles à certaines choses qui a euh\_ aux gens enfin etc. on a tous une certaine sensibilité---et pis j' pense qu' il a dû sentir que j' étais pas forcément très à l' aise avec ce téléphone et pis euh (sourit)\_ça devait être assez palpable en fait quelque part---et pis euh----et pis-pis voilà !»*

### **Défenses de maturité:**

Observation de soi: la patiente se rend compte qu'elle a de la peine à se lancer concrètement dans ses projets, . Cette prise de conscience peut être un bon début pour y remédier.

*« P: j' vais envoyer une petite lettre et pis mon CV pis on va voir---mais j' la sens assez bien pis j' y avais déjà pensé y a quelques années mais je m' étais pas lancée euh---c' est ça souvent j' ai plein d' projets dans ma tête pis tellement j' les vis---en moi etc. presque comme si j' les avais vécus pis finalement j' vais pas dans le—dans la matière quoi---donc j' vais voir»*

### **Synthèse:**

Le profil défensif de cette patiente est similaire à celui du patient précédent, mais l'unique défense de maturité combinée à une quantité élevée de défenses immatures abaisse son ODF. Les défenses par le désaveu sont très présentes. La projection délirante et le retrait autistique sont les défenses psychotiques les mieux représentées.

## PATIENT 3

### Présentation clinique:

Voici une femme souffrant d'un trouble bipolaire, hospitalisée au moment de l'entretien. Elle raconte un peu son parcours de vie. On a l'impression qu'elle est constamment victime de l'agressivité et de la bêtise humaines. Elle même ne semble pas capable de se remettre en question et utilise souvent des propos moralisateurs.

### Défenses psychotiques:

Projection délirante: tout comme le premier patient, cette patiente utilise beaucoup la projection délirante. Mais contrairement à celui-ci, son délire n'est pas construit sur un scénario précis. Comme dit dans la description clinique, la patiente se «victimise» beaucoup. On n'est donc pas étonné de retrouver souvent cette défense.

*«P: marché de la drogue monsieur. Le p'tit marché de la drogue qui essaye de se frayer un chemin parce que y'aura des votations en septembre et ils ont la trouille.*

*T: je veux dire là je suis pas très très bien, par rapport à la drogue ?*

*P: eh ben l'héroïne et tout ça ça va jusque là. Et quand on (? : rencontre) tout ça, je n'ose même pas aller voter parce que j'ai peur de recevoir un couteau dans le dos si je vote non à l'autorisation de la fumée de cannabis. Voilà.»*

Distorsion: ce mécanisme modifie la réalité pour la rendre moins menaçante/intolérable. On peut imaginer ici que la patiente supporte mal d'un point de vue narcissique, ainsi que d'un point de vue de niveau de vie d'être à l'AI, et qu'en modifiant la réalité et elle parvient à inhiber ces affects désagréables.

*«P: Y'a des gens qui ont voulu me pousser à demander à l'AI plus d'argent. Je suis désolée, si on m'influence pas à faire de mauvaises choses de mauvaises consommations, l'argent que me donnent l'AI et la complémentaire me suffisent largement. Voilà ! on a essayé de me pousser à demander plus d'argent, de rente AI et de complémentaire»*

Retrait autistique: une croyance erronée pousse la patiente à se couper du monde.

*«P: .....je peux pas m'arrêter de pleurer.....là je craque.....je craque... parce que je n'ose plus ni lire le journal, ni écouter la radio, ni regarder la télé. Parce que c'qu'il y a là dessus à l'heure actuelle c'est déplorable. C'est de la déchéance, c'est... un monde qui ne sait plus où il en est, des gens qui s'entourent de choses matérielles d'objets matériels dont ils n'ont pas besoin.»*

Déni psychotique: la patiente raconte ce qui a déclenché sa dernière hospitalisation. Son explication est très vague, on croirait presque que la police est venue la sauver, qu'elle était victime de tout ce fanatisme et de cette violence. Mais on est tenté de croire que c'est son comportement (en réaction à l'angoisse que cet événement sportif provoque chez elle) qui a poussé les voisins à alerter la police.

*«T: donc là vous avez compris que c'était aussi grave c'est très grave !*

*P: c'est très grave pour la situation mondiale et puis c'est tout*

*T: (???) (? : venue la police ?)*

*P: oui...ils sont arrivés, j'les aurais embrassés quand ils sont arrivés.*

*T: mh. Qui c'est qui a appelé la police ?*

*P: j'sais pas, je sais pas du tout. Je ne sais pas*

*T: c'était pas vous qui avez*

*P: non ?!*

*T: c'est une surprise alors quand y'a eu la police qui a débarqué ?*

*P: non, même pas. J'les aurais embrassés, j'leur aurait+ j'leur aurait fait le café mais j'avais pas le temps.*

*T: vous étiez contente ?+ mais vous étiez contente que quelqu'un vous, que vous accueillez*

*P: ben oui parce que c'était à eux quand même que j'vais, c'est chez eux quand même que j'vais quand y'a quelque chose qui va de travers. C'est là que je sonne l'alarme.*

*T: et ils ont dit quoi là les policiers ?*

*P : ils m'ont ils m'ont interrogé j'me rappelle plus ce qu'ils m'ont dit j'sais plus comment j'suis arrivée ici. Alors eux ils ont leur secret professionnel parce que moi j'sais même plus l'comment ça s'est passé. Je sais qu'ils se sont très bien occupés de moi, ils ont regardé mon état de santé physique et tout*

*T : ( ? : qui était comment, pas bien ? )*

*P : ils m'ont baladé par des corridors des endroits (pleure ou rit) j'sais pas par où ils m'ont baladé j'n'en sais rien je ne me souviens plus. Mais comme c'était des policiers j'avais confiance (éclate de rire) pis voilà pis je me suis retrouvée ici pis voilà. On a besoin de la police d'ailleurs c'est marqué sur leurs voitures c'est marqué « à votre service » ils sont à notre service.*

*T : oui, donc ils vous ont certainement aidé aussi hein mais ça peut être aussi assez surprenant si la police débarque chez vous ?*

*P : c'est à dire qu'avec mon traitement premier ( ? ) y'a un mandat judiciaire. Pour une vieille ( ? : bague ) d'héritage qu'il y a eu en 1990.»*

## **Défenses immatures:**

### ***Défenses de type borderline***

clivage de l'objet: la patiente décrit toujours son grand-père comme une bonne personne, et à l'opposé sa grand-mère comme un être affreux, sans aucune nuance.

### ***Défenses par l'agir***

passage à l'acte: le fait de jeter des lettres de félicitation est un acte qui apparaît irrationnel, mais qui sert à la patiente à se décharger d'une trop forte tension (provoquée par des éléments que l'on ignore).

*«P: Alors je veux pas de diplôme parce que pour moi, pour moi on me donnerait un immense diplôme je, je, on m'a donné des lettres de félicitations des fois quand je travaillais, on m'a fait des compliments, mais j'ai tout foutu ça à la poubelle. J'te fous ça loin moi. On m'a même fait des cadeaux, mais l'honnêteté ne s'achète pas monsieur... l'honnêteté ne peut pas s'acheter c'est comme l'amour. L'amour ne peut pas s'acheter non plus....voilà»*

### ***Défenses par le désaveu***

Projection: le discours de la patiente est souvent axé sur les autres et leurs intentions malveillantes à son égard. La projection est un mécanisme que l'on retrouve facilement dans ce genre de récits. La patiente justifie ses propres réactions/pensées en rejetant constamment la responsabilité sur les autres. Elle prend souvent un ton moralisateur, ce qui peut servir à marquer davantage encore la plausibilité de ses justifications.

*«P : la dernière fois que je l'ai vu ce la dernière fois que je l'ai vu celui qui m'a dit que j'marchais comme à l'armée, il me dit t'as où ton argent toi ? j'ai dit ben dans une banque suisse, il faut bien que je l'aie à quelque part.. c'est tout ce que j'ai répondu et j'ai foutu le camp, j'ai plus jamais revu le gars depuis pis terminé.*

*T : comment vous comprenez ce que vous avez dit là ?*

*P : mais pourquoi est-ce que les gens nous posent des questions qui sont d'ordre privée chez nous ? moi je trouve que c'est agressif, c'est des c'est de l'extrême gauche ces gens là. Ça c'est de l'extrême gauche et moi je les supporte pas... je ne supporte pas les gens d'extrême gauche j'ai jamais supporté. Jamais jamais.*

*T : qu'est-ce qu'ils ont de difficile pour vous ces gens là ?*

*P : j'suis pas comme eux . j'suis pas comme eux, j'suis pas comme eux. J's'rais plutôt pour être seule à la maison , pour ana- analyser les les les situations quelles qu'elles soient et pis pour réfléchir pour trouver depuis le fond de moi-même ce qui serait de comme meilleure solution possible en faveur de tous. Pour euh, pour le mieux-être de la situation de l'être humain dans le monde, tout simplement. Pis c'est pas avec de la violence qu'on y arrive.»*

## **Défenses intermédiaires:**

### **Défenses de type obsessionnel**

Intellectualisation: dans ce passage la patiente donne les raisons apparentes de son mal être; ces raisons sont cependant des généralisations sur la société qui semblent masquer les vraies causes.

«P: C'est de la déchéance, c'est... un monde qui ne sait plus où il en est, des gens qui s'entourent de choses matérielles d'objets matériels dont ils n'ont pas besoin.. on nous force parfois, on nous influence parfois et ça je vais le dire ce que certains professionnels ont déjà dit qui correspond à ce que je pense depuis toujours, on nous incite à consommer de plus en plus de choses, d'objets, même de la nourriture parfaitement inutile et nuisible... j'vois pas à quoi ça sert d'avoir des objets plein ses armoires et de n'être personne en même temps, j'entends par là c'est pas parce qu'on a beaucoup de choses matérielles qu'on est quelqu'un.... Je veux résumer ceci en, en ça.»

«T: donc c'est au fond votre grand père qui vous a d'une part éduqué mais aussi (?: souffrir, soutenu, ?)

P: ben écoutez il était né en 1910 il a vécu les deux guerres mondiales euh, il a été à la mobilisation, il connaissait la vie quand même hein

T: mhm, comment étaient les rapports avec lui

P: pff, copain copain, ami ami, main dans la main toujours. Formidable. De temps en temps on se contrariait mais ça durait jamais longtemps ça durait 5 minutes et puis allez viens, on fume une cigarette on maraude on va (?), on fait les bistrot du village après qu'il aille travailler. Il me donnait jamais d'argent de poche sans que je lui donne un coup de main dans son travail...c'était ça son éducation.

T: donc c'était quelqu'un aussi on peut dire qu'il vous a sauvé ?

P: il m'a sauvé mon grand père mais oui, mais oui, il m'a sauvé mon grand père, mais oui.»

T: mhm. Et justement vous parlez de votre grand-père, votre grand-mère elle était pas présente ?

P: elle était (?) elle était cleptomane elle avait tous les défauts. On aurait dit qu'avec elle...le coffre fort pouvait suivre le corbillard. Affreux...affreux...elle battait mon grand-père ! on parle des femmes battues mais on parle pas des hommes battus hein ? vous voyez la guerre je l'ai eu à domicile depuis ma plus petite enfance»

### **Défenses de maturité:**

Chez cette patiente on ne retrouve pas de défense de type mature.

### **Synthèse:**

Cette patiente a l'ODF le plus bas des quatre patients. Ceci peut s'expliquer par l'absence de défenses matures, et par le nombre important de défenses immatures et de défenses psychotiques. Les défenses par le désaveu sont, comme chez les deux patients précédents les défenses les plus souvent retrouvées. La quantité de défenses de type obsessionnelle n'est pas négligeable non plus. Au sein des défenses psychotiques, c'est la projection délirante qui est dominante.

## PATIENT 4

### Présentation clinique:

Il s'agit d'un homme bipolaire d'une trentaine d'années. La première chose qui frappe est la désorganisation de son discours. Il est difficile de suivre son récit parce qu'il est très décousu, ce qui le rend peu compréhensible. Il évoque à plusieurs reprises la problématique de son adoption, qu'il juge être à la base de ses troubles psychiques. C'est un sujet délicat, on peut donc s'attendre à retrouver toute sorte d'affects aux moments où ce thème apparaît dans l'entretien.

### Défenses psychotiques:

Fragmentation: voici le mécanisme qui est en partie à l'origine de la désorganisation du récit de ce patient, puisqu'il consiste à fragmenter la réalité en plusieurs parties sans lien les unes avec les autres afin de rendre plus digestes les affects intolérables liés à cette réalité. Ce mécanisme apparaît justement à plusieurs reprises en lien avec le thème de l'adoption:

- «T. Vous pouvez parler encore un peu de cette adoption ? Qu'est-ce que pour vous ça  
P. Ca veut dire je suis fragile psychologiquement, et si je retrouve une copine, ben, je sépare, je fais des enfants, le schéma se reproduit. En 2006, on aide les familles, on les aide, il y a des structures comme le Graap qui aident. Mais on m'a enlevé de mes parents. /// C'est pas vrai. On peut faire une pause là. On peut de temps en temps faire des pauses ? (...) les maladies d'enfance font plus souvent souffrir que les maladies d'adulte. Avec le divorce et tout ça....Mais le souvenir d'être adopté quand ma mère m'a dit T'es //, mais tu t'appelles un autre nom, je sais plus.  
T. Justement, vous dites maladie, en lien avec l'adoption. Comment ça se manifeste chez vous, comment vous savez..  
P. A neuf ans j'ai pété les plombs...  
T. Qu'est-ce qui s'est passé ?  
P. Je me prenais pour un /// j'étais dans le jardin, je commençais à faire des..  
T. Construire des cabanes c'est ça ?  
P. Oui, en 2050, ça sera // seulement la société. Ma mère elle appelle un psychologue, un ami, pourquoi ? On va voir un psychiatre, il me demande quel est votre problème ? Moi je suis parti, courir, on dit pas quel est votre problème ! Mais bonjour, bonjour, est-ce que vous avez envie de parler de ci, de ça, Quel est votre problème !! /// j'étais 2 mois à Cery, j'ai fait une dépression. Je suis pas dépressif, je suis bipolaire. /// assez stable, // j'ai fait du sport, avec des activités sexuelles normales, rien de plus. Plus de stabilité.»*

Projection délirante: le patient semble se méfier d'autrui de manière déraisonnable.

- «T. Vous avez déjà dit à plusieurs reprises que vous me faites confiance. Qu'est-ce qui fait que des fois, c'est plus difficile de faire confiance ?  
P. Mais des fois, je // je me fais avoir par un escroc justement. Il faut que je sois méfiant. Mais là je sais que c'est organisé, il y a eu «\*Antoine, // je suis sûr que vous êtes pas un des / Et je vous vois posé, tac, tac, tac, pas poser des questions agressives, vous écoutez.»*

### Défenses immatures:

#### Défenses de type borderline

Clivage de l'objet: le patient parle systématiquement des psychologues en bien et toujours des psychiatres en mal. On peut dire qu'il fait un clivage entre ces deux objets.

- «Ah c'est bien les psychologues, c'est mieux que les...  
T. Oui, est-ce que vous avez, vous avez aussi des traitements, avec un psychiatre, comment ça s'est passé avec votre psychiatre ?*

*P. Ils pensent qu'aux médicaments, tandis que les psychologues, ils pensent, justement à mes parents, le psychologue il s'intéresse, tandis que le psychiatre il parle traitement, est-ce qu'on veut 100 milligrammes, ...*

*T. Donc ce'st de ça que vous discutez avec...*

*P. Moi, je vais dire que j'ai besoin d'un psychologue. Je vais le formuler comme ça !*

*T. Mais là vous avez un psychiatre en ville ou ailleurs, ici ?*

*P. Il y a M.\*Janet,*

*T. A l'hôpital, mais ailleurs,*

*P. Ailleurs, je vais au XX, Dr. Muller.*

*T. Comment ça se passe avec ...avec ces gens ?*

*P. Ben ça va moyen, on parle pas comme vous ! de la mort, que je // eux ce qui les intéresse c'est comment vous allez, L'a/ est elle descendu, les médicaments, Ils pensent qu'à ça, mais c'est des cons ! J'ai déjà gueulé avant, c'est de nouveau votre manière. Est-ce que c'est normal /// de crier de temps en temps ? Ben je vous pose la question ! Ben vous savez votre femme, votre fils,*

*T. Vous avez le droit d'être en colère.*

*P. oui, on vous fout, fout à la gueule, vous êtes maniaque !*

*T. Comment, j'insiste un peu, vous avez dit vous avez eu des mauvaises expériences, vous pouvez me parler encore plus de quelles sont ces expériences avec les psychiatres?*

*P. Ah oui, c'est intéressant ça ! Des psychiatres qui pensent qu'à l'argent, qui partent en vacances ! Oh, je sais pas moi, Oh, / intellectuels ! Des médicaments, / la souffrance, le suicide. Ils arrivent pas à entrer dans le sujet. Et ils font des petits, petits un quart d'heure.»*

### **Défenses par l'agir**

Passage à l'acte: le patient a agressé son chef au travail. Son comportement semble impulsif et ne pas être expliqué par un élément extérieur (comme une provocation ou une agression de la part de cette même personne). Une tension trop grande au niveau des affects doit donc en être à l'origine.

*«T. Et quand vous avez des disputes, vous pensez à une copine que vous avez eue ? Comment ça s'est passé ? Vous vouliez décider de quelque chose ?*

*P. Non, c'était avec mon chef.*

*T. Votre chef !*

*P. Mon chef me faisait tellement chier ! On devait surveiller, on avait le même statut, il contrôlait toujours, oui allez à cinq heures moins le quart ! J'étais vers la directrice, j'étais comme ça ! Je me fous de l'enregistreur, un coup de pied karaté/// paaaaah, comme un coup de pied karaté que j'ai appris. La bonne femme elle chiale, ouaaaaahhhhhhh, ahahah, comme une Madeleine. J'ai eu mon blâme. Et après j'ai quitté pour ça.»*

### **Défenses par le désaveu**

Déni névrotique: l'expérience douloureuse d'une hospitalisation est ici voilée par le déni. Le patient pense venir pour ajuster son traitement, mais ce n'est probablement pas la raison pour laquelle il est hospitalisé.

*«T. Là vous dites, vous vous retrouvez à Cery, actuellement vous êtes ici, comment ça se fait que vous êtes là maintenant ?*

*P. Parce que je suis volontairement, je viens changer mes médicaments.»*

### **Défenses intermédiaires:**

#### **Défenses de type narcissique**

Dépréciation: ce patient utilise beaucoup ce mécanisme. C'est un moyen de remonter sa propre estime en dévalorisant l'autre. Ici le patient s'en prend aux psychiatres qui le soignent, peut-être justement parce qu'ils le renvoient au fait que lui est malade et qu'il a besoin d'être aidé.

*«T. Comment, j'insiste un peu, vous avez dit vous avez eu des mauvaises expériences, vous pouvez me parler encore plus de quelles sont ces expériences avec les psychiatres ?*

*P. Ah oui, c'est intéressant ça ! Des psychiatres qui pensent qu'à l'argent, qui partent en vacances ! Oh, je sais pas moi, Oh, / intellectuels ! Des médicaments, / la souffrance, le suicide. Ils arrivent pas à entrer dans le sujet. Et ils font des petits, petits un quart d'heure.»*

### **Défenses de type obsessionnel**

Intellectualisation: la thérapeute demande au patient pourquoi il a dernièrement interrompu son traitement médicamenteux, puis perdu son travail. Bien que le patient parle de ce qu'il ressent face à cette situation, il le minimise par l'intellectualisation en le ramenant à une banalité, quelque chose que tout le monde vit.

*«P. J'étais triste. En colère, j'étais triste ! **Comme tout le monde.***

*T. Un mélange comme ça.*

*P. Ouais,*

*T. entre tristesse et colère.*

*P. Ouais. Les jeunes ici, ils savent pas montrer leur colère. Ça vient d'où ça ? C'est pas parce que je suis en colère avec toi aujourd'hui, avec certains amis, vous savez je suis un colérique. Ou le lendemain, je peux les prendre dans les bras ou des copines. **On s'engueule, tout le monde s'engueule**, hein, et après ah non, mon chéri, mais non c'est toi, au non, non»*

### **Défenses de maturité:**

Observation de soi: le patient reconnaît un aspect de son caractère et le met en lien avec une difficulté relationnelle avec les femmes.

*«P. ça m'arrive de gueuler, mais j'essaie le moins possible parce que les femmes, elles aiment pas.*

*C'est peut-être pour ça que j'ai pas fait longtemps avec des femmes, parce qu'elles aiment pas ... Moi je suis un peu dictat... c'est moi qui dirige, tac, tac...»*

### **Synthèse:**

Parmi les défenses non-psychotiques, toutes les catégories de défenses sont représentées. Comme chez les autres patients, les défenses immatures sont majoritairement représentées par le désaveu, mais ce patient montre aussi beaucoup de défenses de type narcissique. La distribution des défenses psychotiques est aussi particulière: seules la fragmentation (en grande majorité) et la projection délirante y sont représentées.



## DISCUSSION

### Constatations générales

On constate, malgré un nombre de défenses assez variable d'un patient à l'autre, un niveau moyen défensif comparable. Les quatre patients fonctionnent à un niveau défensif plutôt immature comme leurs pathologies nous laissent l'imaginer. Chez chacun des sujets, les défenses de type immature ou psychotique sont en effet presque toujours plus nombreuses que les défenses de niveau intermédiaire ou mature. Chez chacun on a pu retrouver des défenses de tous les niveaux, et à une exception près, des défenses matures.

En regardant l'ODF de plus près, on est étonné de constater que le patient souffrant de schizophrénie paranoïde est celui qui a le niveau défensif le plus élevé, mais ce patient utilise aussi plusieurs défenses matures qui relèvent son score défensif et lui permettent de s'adapter un peu mieux. On ne peut cependant pas faire de généralisations et en déduire qu'il en serait toujours de même.

Le patient qui a l'ODF le plus bas est un bipolaire. Une part importante de ses défenses sont de type psychotique et immature. De plus, c'est le seul patient qui n'utilise aucune défense de type mature.

### Défenses psychotiques

Les défenses psychotiques sont, après les défenses immatures, les plus présentes dans la palette défensive de chaque patient. Une proportion plus grande de défenses psychotiques chez les patients schizophrènes que chez les bipolaires était attendue: les résultats ne montrent pas une telle différence, mais plutôt un taux d'utilisation similaire des défenses psychotiques chez les quatre patients, se situant entre 20 et 30%. Cela pourrait être attribué au fait que les deux patients schizophrènes ne sont probablement pas en décompensation psychotique au moment de l'entretien.

Les 90% des défenses psychotiques sont distribuées entre la projection délirante, la fragmentation et le retrait autistique.

La projection délirante est celle qui est mise en évidence le plus souvent chez chacun des sujets. Contrairement à ce qui était supposé précédemment, elle ne semble pas spécifiquement liée au délire paranoïaque. D'après ces constatations, il on peut faire l'hypothèse que cette défense est constitutive du fonctionnement psychotique quel que soit le diagnostic, sans pour autant le confirmer au vu de la faiblesse de l'échantillon.

Concernant la fragmentation, il en ressort une plus nette utilisation par les patients bipolaires: on peut donc supposer qu'elle est plus typique de cette pathologie. Comme cette défense est bien plus présente chez l'un des deux patients bipolaires, on peut penser qu'elle est plus particulièrement liée à l'une des phases qui caractérisent le trouble bipolaire (phase maniaque ou dépressive), et que le patient qui l'utilise de manière systématique ne soit pas dans la même phase que l'autre sujet bipolaire qui l'utilise beaucoup moins.

Le retrait autistique est plus souvent utilisé par les patients schizophrènes, comme nous l'attendions.

Enfin, la concrétisation n'est jamais retrouvée. S'agit-il d'un hasard ou faut-il remettre en question l'existence d'un tel mécanisme de défense, ou du moins sa définition? A nouveau, pour répondre à cette question, il faudrait un échantillon de patients plus conséquent.

En définitive, existe-t-il réellement une particularité de l'utilisation d'une défense psychotique en fonction du diagnostic? Ces résultats, s'ils ne permettent pas d'y répondre directement, montrent en tout cas pour certaines défenses psychotiques (le retrait autistique et la fragmentation), qu'une telle hypothèse a lieu d'être faite et pourrait faire l'objet de recherches ultérieures.

### Défenses autres

Le premier constat qui peut être tiré des résultats est l'utilisation systématique et de manière variée de défenses non-psychotiques par l'ensemble des patients.

### ***Défenses immatures***

La proportion de défenses immatures est élevée chez tous les patients, représentant entre 40 et 55% du total des défenses. Les patients bipolaires ont une plus forte tendance que les patients schizophrènes à utiliser les défenses de type borderline et par l'agir, comme attendu. Les défenses les mieux représentées tous patients confondus sont les défenses par le désaveu. Ceci peut confirmer l'hypothèse selon laquelle ces défenses sont typiques de ces deux pathologies.

### ***Défenses intermédiaires***

Les défenses de type obsessionnel ne sont plus fréquemment retrouvées chez les patients bipolaires, contrairement à l'hypothèse faite précédemment. Il est intéressant de constater que la grande majorité des défenses obsessionnelles utilisées par les patients, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent, sont des intellectualisations.

Les défenses de type névrotique sont dans l'ensemble très peu représentées.

### ***Défenses matures***

Malgré l'absence de défenses matures chez l'un des patients, le constat suivant peut être fait: ces résultats montrent que même les sujets souffrant de pathologies graves avec un fonctionnement défensif bas peuvent montrer l'utilisation de ce type de défenses.

### **Synthèse:**

Chez chaque patient, un large spectre de défenses est retrouvé, constitué de défenses de presque tous les niveaux. Les défenses immatures et psychotiques sont toujours prédominantes dans le tableau défensif de chacun des sujets, montrant au travers de l'ODF que ces patients ont un fonctionnement défensif peu adaptatif. La comparaison entre les deux pathologies que sont le trouble bipolaire et le trouble du spectre de la schizophrénie montre qu'il existe probablement des types de défenses propres à ces pathologies: la présence de défenses de type borderline, par l'agir et de défenses obsessionnelles est plus marquée chez les patients bipolaires, et l'utilisation de défenses par le retrait autistique plus caractéristique du patient schizophrène. On constate aussi la présence de points communs aux deux types de patients comme l'utilisation de défenses psychotiques, de défenses par le désaveu et de défenses matures. Un dernier point relevant de ces résultats est l'utilisation systématique et marquée chez l'ensemble des patients de défenses par le désaveu, et d'intellectualisations lorsqu'il s'agit de défenses obsessionnelles.

Mis à part ces constatations, on peut se demander quel facteur a le plus d'influence au cours de l'entretien sur le profil défensif. S'agit-il de la part trait-dépendante (personnalité psychologique) du patient, la part état-dépendante (état psychologique) ou la manière dont le thérapeute intervient? Les éléments sont malheureusement insuffisants pour y répondre, mais sur la question de la part état-dépendante on peut relever que les patients schizophrènes, dont l'un avait ODF plus haut, étaient ambulatoires donc vraisemblablement mieux compensés que les patients bipolaires qui étaient hospitalisés.

Le profil défensif d'un sujet peut-il être corrélé avec le décours de pathologies telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire (décompensation, stabilisation, amélioration)? Ou encore, y-a-t-il corrélation entre le niveau défensif de l'individu et son fonctionnement global?

### **LIMITES METHODOLOGIQUES**

Les limites objectives de ce travail se situent premièrement au niveau du choix du matériel: un échantillon de quatre patients est probablement insuffisant pour en tirer des résultats réellement convaincants. De plus, il n'est pas possible de dire avec certitude si les patients choisis sont tout à fait représentatifs de leur pathologie. Il aurait été préférable par exemple de choisir quatre patients souffrant d'un même trouble, ou encore de choisir quatre patients au même niveau de décompensation pour rendre les résultats plus fiables. Notons aussi que seule une partie des entretiens a été cotée à double, ce qui n'a pas permis un calcul de fidélité entre les deux cotateurs.

Les limites plus subjectives se situent au niveau de la du repérage des défenses, et ne concerne donc pas uniquement ce travail, mais la question du repérage des défenses dans l'ensemble de ses applications: il est souvent aisé de remettre en question la présence d'une défense ou son diagnostic différentiel, car cela dépend pour beaucoup de l'idée personnelle que le juge se fait du patient, de son récit ou de ses affects. On peut par exemple imaginer que la prise en compte du comportement non-verbal des patients, et donc l'analyse d'entretiens vidéos et non retranscrits par écrit pourrait rendre la cotation moins aléatoire.

## CONCLUSION

Ce travail a permis de montrer que, sous condition d'une formation préalable, l'étude des mécanismes de défenses par l'utilisation d'un instrument de cotation dans le cadre d'entretiens est tout à fait possible. La définition de chaque défense dans le P-DMRS permet de justifier le repérage d'une défense et de faire des liens entre les affects et la manière dont le patient s'en défend.

La partie plus délicate du travail s'est révélée dans la formulation et la validation d'hypothèses. Il est vrai que de nombreux obstacles ont rendu cet exercice difficile et peu fiable en ce qui concerne la validité des résultats, comme il a été dit dans le chapitre précédent. Néanmoins on peut affirmer avec certitude que même les patients avec les fonctionnements psychiques les plus pauvres, comme ceux qui ont fait l'objet de ce travail, ont un répertoire défensif riche et varié.

Si les résultats de cette recherche n'ont pas toujours été dans le sens attendu, ils mènent cependant à d'autres questionnements pour lesquels de nombreuses perspectives de recherche s'ouvrent. L'étude des mécanismes de défense est donc une expérience tout à fait intéressante et enrichissante, même pour un personne n'ayant que peu d'expérience dans le domaine de la psychiatrie.

Et voici, en conclusion de ce chapitre, une petite réflexion de Jean Bergeret (2005) au sujet du rapport entre les mécanismes de défense et le continuum «normal/pathologique»:

«Le sujet «normal» est celui qui possède de «bonnes» défenses, c'est-à-dire assez diversifiées et assez souples pour permettre un jeu pulsionnel suffisant (...) et la pathologie demeure essentiellement dans le fait du manque de diversité, de souplesse, de subtilité et d'efficacité des différents mécanismes habituels de défense de l'individu».

## BIBLIOGRAPHIE

- <sup>1</sup> J. C. Perry, J. D. Guefli, J-N. Despland, B. Hanin, C. Lamas. Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation. 2e éd. Montréal: Masson, 2009. (p.8-9)
- <sup>2</sup> J-N. Despland, M. Drapeau, Y. de Roten. Les mécanismes de défense: une pluralité de points de vue, *Psychothérapies* 2001; 21(3): 113-121.
- <sup>3</sup> A. Freud. *Le Moi et Les Mécanismes de Défense*. 2e éd. Paris: Presses Universitaires de France, 1982.
- <sup>4</sup> J-N. Despland, M. Drapeau, Y. de Roten. Les mécanismes de défense: une pluralité de points de vue, *Psychothérapies* 2001; 21(3): 113-121.
- <sup>5</sup> J. C. Perry, J. D. Guefli, J-N. Despland, B. Hanin, C. Lamas. Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation. 2e éd. Montréal: Masson, 2009.
- <sup>6</sup> J. C. Perry, J. D. Guefli, J-N. Despland, B. Hanin, C. Lamas. Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation. 2e éd. Montréal: Masson, 2009.
- <sup>7</sup> J-N. Despland, M. Drapeau, Y. de Roten. Les mécanismes de défense: une pluralité de points de vue, *Psychothérapies* 2001; 21(3): 113-121.
- <sup>8</sup> J. C. Perry, J. D. Guefli, J-N. Despland, B. Hanin, C. Lamas. Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation. 2e éd. Montréal: Masson, 2009.
- <sup>9</sup> S. Berney, Y. de Roten, D. Söderström, J-N. Despland. L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies* 2009/3; vol 29: 133-144.
- <sup>10</sup> J-N. Despland, M. Drapeau, Y. de Roten, J. Christopher Perry. A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; vol 191 number 8.
- <sup>11</sup> J-N. Despland, Y. de Roten, J. Despars, M. Stigler, J. Christopher Perry. Contribution of patient defense mechanisms and therapists to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001; 10: 155-164.
- <sup>12</sup> <sup>12</sup> S. Berney, Y. de Roten, D. Söderström, J-N. Despland. L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies* 2009/3; vol 29: 133-144.
- <sup>13</sup> S. Berney, Y. de Roten, D. Söderström, J-N. Despland. L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies* 2009/3; vol 29: 133-144.