

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2470

Mécanismes de défense et psychothérapie
psychodynamique de la dépression

Etudiante

Jamila Hess

Tuteur

Prof. Jean-Nicolas Despland
Département de psychiatrie, CHUV

Co-tuteur

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

Expert

Ueli Kramer, PhD, PD
Département de psychiatrie, CHUV

Lausanne, décembre 2016

Table des matières

INTRODUCTION	2
REVUE DE LITTÉRATURE	3
Dépression	3
Epidémiologie.....	3
Traitements.....	4
Thérapie psychodynamique	5
Définition.....	5
Thérapie psychodynamique en milieu hospitalier.....	6
Mécanismes de défense	7
Contexte historique et définition.....	7
Outils de mesure : Le DMRS puis le P-DMRS.....	8
La cotation.....	11
METHODOLOGIE	12
Objectifs	12
Choix des patients	12
Formation aux P-DMRS	12
Hypothèses	13
RESULTATS	14
Nombre de défenses et ODF	14
Par niveaux de défenses	15
Défenses matures.....	16
Défenses obsessionnelles.....	16
Défenses névrotiques.....	16
Défenses narcissiques.....	16
Défenses par le désaveu.....	16
Défenses borderline.....	16
Défenses par l’agir.....	16
Défenses psychotiques.....	17
Défenses individuelles	17
Exemples de défenses et explication de leur fonction :	19
DISCUSSION	22
Nombre de défenses	22
ODF	22
Par catégorie	22
Défenses matures.....	22
Défenses obsessionnelles.....	23
Défenses névrotiques.....	23
Défenses narcissiques.....	23
Défenses par le désaveu.....	23
Défenses borderline.....	23
Défenses par l’agir.....	24
Défenses psychotiques.....	24
Analyse qualitative	24
CONCLUSION	25
REFERENCES	26
ANNEXES	28

INTRODUCTION

Bien que controversée dans les années 90, la thérapie psychodynamique est actuellement considérée comme un traitement efficace de la dépression. Alors que la thérapie cognitivo-comportementale a pour but la compréhension et la modification de certains processus comportementaux, la thérapie psychodynamique se concentre sur le lien entre l'inconscient, les expériences passées et nos affects actuels. Ceci permet au patient d'identifier d'éventuels affects contradictoires, troublants ou encore des événements qu'il n'avait pas reconnus par le passé. Une fois ces affects identifiés, le but de la thérapie psychodynamique va être de mobiliser les ressources internes afin d'accepter et de gérer les éventuels problèmes. La thérapie psychodynamique cible les affects d'un individu et l'utilisation des mécanismes de défense.

La première idée de défense a été évoquée par S. Freud dans son ouvrage, *Les psychonévroses de défense*. Le terme de défense se transforma petit à petit en mécanisme de défense, concept qui intègre donc une notion dynamique. Dans son écrit *Le Moi et les mécanismes de défense* (1936), A. Freud apporta la dimension de protection de la réalité extérieure. Il fallut attendre 1997 avant d'arriver à la définition actuelle des mécanismes de défense de I. Ionescu : "Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels et imaginaires en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations - comportements, idées ou affects - peuvent être inconscientes ou conscientes" (1).

Les mécanismes de défense ne sont pas réservés aux personnes dépressives. Effectivement, chaque individu les utilise quotidiennement. Actuellement, on dénombre 36 mécanismes de défense (P-DMRS) hiérarchisés en 7 niveaux de maturité, mais ce nombre est amené très certainement à être modifié car comme l'a écrit G. Vaillant : "Il y a autant de défenses que notre imagination, notre témérité ou notre aisance verbale nous permettent d'en inventorier "(2-4). Grâce à l'outil (DMRS) mis en place par J.C. Perry en 1990 puis l'ajout de 6 défenses psychotique (P-DMRS) en 2009, il nous est possible de coter les mécanismes de défense et leur évolution.

Afin de réaliser ce travail, nous nous baserons sur *le P-DMRS*, de Perry (1980). En effet, nous allons nous atteler à la comparaison du niveau défensif au sein de deux groupes de patients. Un premier groupe au sein duquel un traitement de psychothérapie psychodynamique a été efficace et un second où une amélioration de la symptomatologie dépressive n'a pas pu être mise en évidence. L'analyse se fera sur les verbatim au début et la fin du traitement au cours des séances 2 et 11. Les deux groupes seront appariés par le sexe, l'âge, le diagnostic et la sévérité du tableau clinique.

Ce travail devrait me permettre de mettre en l'évidence une très probable maturation des mécanismes de défense chez le groupe qui a répondu au traitement. Il s'agira également de démontrer l'application et les limites du P-DMRS. Dans un second temps, l'intérêt clinique des défenses sera évoqué.

REVUE DE LITTÉRATURE

Dépression

L'OMS recense actuellement plus de 350 millions cas de dépression, ce qui en fait la première cause d'incapacité mondiale. Un épisode dépressif majeur est défini dans le DSM-IV-TR comme étant : "une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. Le sujet doit de surcroît présenter au moins cinq symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante : changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice ; réduction de l'énergie ; idées de dévalorisation ou de culpabilité ; difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. L'épisode doit être accompagné d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants " (5).

Epidémiologie

Diverses études se sont intéressées à l'épidémiologie de la dépression. Il faut noter deux principaux outils de mesure des troubles de l'humeur des enquêtes auprès de la population (questionnaire avec échelles de symptômes) qui révèlent que jusqu'à 20% de la population décrit des symptômes dépressifs au cours de la semaine ou des six derniers mois (6) et des enquêtes épidémiologiques (interviews diagnostiques structurés) qui démontrent une prévalence moindre de l'ordre de 4 à 11%. Selon le CIM-10, le chiffre à retenir pour la dépression unipolaire est une prévalence annuelle de 7%. Au cours de ces dernières années, l'augmentation de l'incidence des troubles dépressifs a souvent été évoquée. Cependant, cette hypothèse n'a pas pu être validée, mais s'expliquerait simplement par de meilleures méthodes diagnostiques des événements dépressifs. En effet, les troubles psychiatriques deviennent de moins en moins des sujets tabous. Il faut également ajouter que le risque de développer au moins un événement dépressif au cours de son existence est de 20%. La prévalence des troubles de l'humeur engendre des coûts sociaux colossaux, estimés à plus de 11 milliard de francs suisses en 2010 (3).

Les critères sociodémographiques sont des paramètres importants dans la distribution des troubles de l'humeur. La différence principale à relever est celle entre les sexes. En effet, la prévalence des maladies dépressives est presque deux fois supérieure chez les femmes que chez les hommes. Les chiffres retenus concernant la probabilité de développer une fois un événement dépressif majeur sont une prévalence de 21% pour les femmes contre 13% pour les hommes. Cette différence est vraie au sein de presque tous les groupes sociodémographiques.

Cette dichotomie entre les sexes apparaît dès l'âge de 12 ans. L'état civil est également un facteur prédictif des troubles dépressifs, les personnes seules, séparées ou divorcées ont plus de risque de développer un trouble que les personnes mariées ou vivant en concubinage. Notons également, qu'un niveau socio-économique bas (formation faible, bas revenu, chômage), favoriserait l'apparition de troubles.

Finalement, le dernier facteur à relever, est une tendance qui révèle un taux amoindri d'épisodes dépressifs au sein des zones rurales que dans les zones urbaines.

Traitements

Le choix des traitements lors d'un épisode dépressif unipolaire est basé sur plusieurs critères. Il faut en premier lieu confirmer le diagnostic, évaluer le degré de sévérité, le risque suicidaire, les comorbidités, le handicap, la future compliance et le soutien de l'entourage. En fonction de ces paramètres, le meilleur traitement pourra être proposé. Les buts du traitement sont la rémission des symptômes et le retour au seuil basal de fonctionnement (7). L'utilisation de biomarqueurs est actuellement utilisée uniquement en recherche et n'a donc pas d'applications cliniques dans le choix du traitement.

La littérature montre qu'actuellement lors d'une dépression unipolaire légère à modérée, la combinaison d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie permet d'obtenir un résultat optimal, même si des études randomisées ont démontré qu'une thérapie médicamenteuse seule ou uniquement une psychothérapie peuvent être efficaces. Lorsqu'on interroge les patients, les trois quarts d'entre eux préfèrent suivre une psychothérapie plutôt qu'une thérapie médicamenteuse pour des résultats similaires (8). De plus, la littérature met en évidence que des rechutes sont plus fréquentes lors d'un traitement uniquement médicamenteux que lors d'une psychothérapie seule. On ne trouve pas d'évidence que lors de dépressions sévères, les psychothérapies soient moins efficaces, mais elles sont idéalement associées à un traitement médicamenteux (9).

Les différentes classes d'antidépresseurs disponibles pour le traitement de la dépression unipolaires sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, les antidépresseurs atypiques et les modulateurs sérotoninergiques. De nos jours, les médicaments les plus répandus sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (10).

Il existe également différents types de psychothérapies ; la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique et la thérapie systémique.

Thérapie psychodynamique

Définition

La psychanalyse consiste à mettre en évidence une signification inconsciente de certains symptômes, paroles ou gestes. Les problèmes du patient vont être considérés comme reflet de l'inconscient et de l'enfance. Donc en terme pratique, la psychanalyse psychodynamique consiste en l'identification d'éventuels conflits inconscients puis en leur interprétation. Les psychothérapeutes qui utilisent cette approche ont souvent une méthode proche de la psychanalyse et une pensée psychanalytique mais adaptent le contexte thérapeutique (fréquence, durée, nature des interventions, très souvent en face à face).

La psychothérapie psychanalytique se base sur l'hypothèse que les conflits actuels du patient découlent de conflits inconscients, de désirs, de sentiments et de pensées formés pendant l'enfance. Les organisateurs de la thérapie psychodynamique sont l'inconscient, les transferts, les contre-transferts, les mécanismes de défense et la résistance. Le thérapeute va essayer d'amener les conflits de l'inconscient à la surface afin de les examiner et de les comprendre (11).

- Les transferts sont des déplacements inconscients sur le thérapeute de sentiments, de pensées et de qualité du passé du patient. Il faut noter que les transferts du patient dépendent peu des caractéristiques du thérapeute mais principalement des expériences passées du patient.
- Les contre-transferts sont des sentiments et pensées conscients et inconscients du thérapeute sur le patient. Ils dépendent du vécu du praticien mais également des sentiments ressentis au vu du comportement du patient. Les contre-transferts sont des reflets des problèmes que le patient peut rencontrer dans ses relations en dehors de la thérapie.
- Les mécanismes de défense sont utilisés par le patient pour contrebalancer des événements stressants.
- La résistance est un moyen utilisé par le patient afin de montrer son ambivalence au traitement. En effet, certains patients peuvent se sentir responsables de leur état dépressif et ne pas vouloir parler d'incidents douloureux.

Les objectifs d'une thérapie psychodynamique varient considérablement entre les différents patients mais ont pour point commun la recherche de la compréhension de soi et des autres, de la mise en évidence de ce qui habite le patient, au travers de la relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute. La dimension relationnelle fait partie intégrante de la psychanalyse. Les investigations des affects et des liens passés ainsi que le parcours de vie du patient sont indispensables afin de caractériser les affects présents du patient.

Les travaux de Ferenczi ont mis en évidence qu'une attitude plus active de la part du thérapeute réduit la durée du traitement. L'après-guerre et sa grande quantité de vétérans ont été une phase charnière dans le développement d'une psychanalyse brève. En effet, le grand nombre de patients nécessitait une prise en charge la plus courte et la moins coûteuse possible.

C'est sur ces bases que se sont développés les travaux de M. Balint et D. Malan (12,13). Balint a mis en évidence les problématiques associées à une durée prolongée du traitement. Sur ces bases, Malan prônait les principes suivant "l'abandon du divan en faveur d'un face à face, la fixation d'emblée d'un terme au traitement afin d'encourager un engagement plus grand et rapide dans le traitement; la formulation d'une hypothèse psychodynamique de base qui éclaire la problématique principale du patient et qui peut devenir le focus des interventions; des interventions centrées surtout sur les trois axes du triangle de l'insight de Menninger (14) : les schémas relationnels conflictuels dans le passé, les schémas conflictuels dans le présent et la relation transférentielle" (15).

Les publications récentes établissent de façon claire l'efficacité d'un traitement par psychothérapie psychodynamique, notamment dans le cadre de troubles dépressifs (16). Selon les résultats d'essais cliniques randomisés, les patients qui ont bénéficié de ce traitement montrent des bénéfices par rapport aux patients du groupe contrôle. De surcroît, on note également une efficacité similaire à celle que l'on peut obtenir suite à une thérapie cognitivo-comportementale. Cependant, ces résultats doivent être interprétés en tenant compte de plusieurs facteurs. En effet, plusieurs formes de thérapie psychodynamique ont été appliquées au sein de ces différents essais cliniques, entraînant donc l'impossibilité de généraliser l'approche psychodynamique. Finalement, on peut donc en conclure qu'il faudrait plus d'essais spécifiques afin de confirmer ses résultats (17).

Thérapie psychodynamique en milieu hospitalier

La littérature souligne l'avantage d'une psychothérapie hospitalière, notamment des probabilités de rémission et une compliance à la thérapie lors de la sortie, plus élevées (18). Il faut également relever qu'une amélioration de l'état clinique en milieu hospitalier est le meilleur marqueur de rémission à long terme, plus important que la durée de l'hospitalisation (19). De plus, nous constatons également les bénéfices d'une psychothérapie des patients dépressifs lors de leur hospitalisation. Même si cet effet semble peu élevé, il est solide (nombre de sujet à traiter (NST) : 6.17). En effet, si on offrait une psychothérapie à tous les patients dépressifs hospitalisés, on observerait une amélioration pour un patient sur six, ce qui n'est pas négligeable à la vue de la charge de souffrance de ces patients. Ces éléments rendent donc très pertinent l'indication au traitement de la dépression lors de l'hospitalisation pour un événement aigu.

A Lausanne, depuis huit ans, s'est mis en place un programme thérapeutique qui propose une psychothérapie psychodynamique brève en 12 séances lors de l'hospitalisation (PPDH). Ce modèle a pour but de mettre en évidence les bénéfices d'un traitement lors de la phase aiguë de la maladie. Ce programme a fait l'objet d'une étude randomisée comprenant 138 patients divisés en deux groupes. Un groupe suit un traitement hospitalier habituel tandis que l'autre groupe bénéficie en plus d'une psychothérapie psychodynamique. Les résultats sont comparés à travers les échelles MADRS et QIDS. Afin de permettre une meilleure compréhension d'une éventuelle réponse un traitement, un suivi en neuro-imagerie y est associé, ce qui permet d'observer des changements métaboliques et/ou éventuels remaniements cérébraux.

Mécanismes de défense

Contexte historique et définition

Le mot défense fut cité pour la première fois en 1894 par S. Freud au sein de son texte, *Les psychonévroses de la défense*. Cet article a pour but d'émettre une théorie sur l'hystérie, certaines psychoses et de nombreuses phobies. Le mot psychonévrose représente "les affections psychiques où les symptômes sont l'expression symbolique des conflits infantiles, à savoir les névroses narcissiques et les névroses de transfert" (20). S. Freud établit donc un lien entre défense et conflit sexuel et va par la suite essayer transposer sa théorie sur le rôle de la défense dans le cadre de l'hystérie à d'autre psychonévrose.

Au sein de l'article *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*, en 1896, S. Freud considère initialement que chaque défense est spécifique de l'organisation de chacune des psychonévroses. En effet, il décrit par exemple les liens suivants conversion de l'affect dans le cadre de l'hystérie, transposition et déplacement dans la névrose obsessionnelle. Seul le refoulement est considéré dès le début des recherches comme *constitutif de l'inconscient* et donc susceptible d'être associé à tout type de psychonévrose. Dans les écrits suivant, Freud décrit le refoulement comme *prototype pour d'autres opération défensive*. Il a donc été fréquemment confondu avec l'idée de mécanisme de défense. Cependant Freud établit une distinction claire entre défense et refoulement. En effet, le terme de défense est utilisé pour "désigner de façon générale tous les procédés dont se sert le Moi dans les conflits susceptibles d'aboutir à une névrose" alors que le refoulement correspond à "un mode de défense bien déterminé que nos recherches nous ont permis de mieux connaître" (21).

La fille de Freud, A. Freud intègre une dimension nouvelle à savoir dans le concept de défense, un lien entre mécanisme de défense et réalité extérieure. Son ouvrage, *Le Moi et les mécanismes de défense*, entre en contradiction avec le courant établi à cette époque. En effet, l'étude des mécanismes de défense à ce moment-là, est centrée sur l'étude de l'inconscient (ça, fantasmes, affects, etc.). A. Freud est convaincue au contraire qu'une thérapie psychodynamique permet l'observation idéale des mécanismes de défense, car ils sont en lien avec la fonction adaptative du Moi (22).

Par la suite, les écrits de G. Vaillant vont être essentiels dans le développement du concept de mécanisme de défense car ils vont mettre en place la "fonction de régulation des affects (colère, dépendance, joie et tendresse) et de modulations interpersonnelles" (2-4).

L'importance et l'utilisation des mécanismes de défenses sont de nos jours largement reconnus. Malgré cela une définition communément admise des mécanismes de défense n'a pas encore été obtenue. On relève ainsi plusieurs définitions utilisées à ce jour. En 1997, S Ionescu donna cette définition : "Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels et imaginaires en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations - comportements, idées ou affects - peuvent être inconscientes ou conscientes" (1).

J.C Perry et A. Cooper proposent la formulation suivante : “un mécanisme psychologique qui assure la médiation entre désirs, besoins, affects et impulsions individuelles d’une part et d’autre part à la fois les interdits internes et la réalité externe.” Les mécanismes ne sont plus considérés uniquement comme un moyen de gérer les conflits, car une dimension adaptative y est ajoutée. En effet, à travers les mécanismes de défense, les patients s’adaptent aux diverses contraintes du monde externe (23). Cette dimension adaptative va être reprise par le DSM-IV qui met en évidence la ressemblance entre mécanismes de défense et de coping (ajustement). Les mécanismes ont donc une fonction de médiation des affects de l’individu en réponse à des facteurs de stress.

Il faut noter également que les mécanismes de défenses sont présents chez tous les individus et de tout temps. Il est également intéressant de relever que les mécanismes de défense ne sont pas des symptômes mais une traduction de la capacité de gestion des affects pénibles et de conflits intrapsychiques. Un ensemble de symptômes correspond donc à une pathologie alors que l’ensemble des mécanismes de défense repérés au cours d’un entretien nous permet d’établir un niveau défensif. Le niveau défensif n’est pas spécifique d’une pathologie mais plutôt une description de son fonctionnement psychique.

Il est possible d’évaluer les mécanismes de défense via trois moyens distincts : les auto-questionnaires, les tests projectifs et les entretiens cliniques (vidéo ou verbatim). L’étude des mécanismes de défenses à travers l’analyse d’entretiens cliniques restent la méthode la plus utilisée. Elle se base sur des grilles de cotation des entretiens qui permettent une analyse objective des mécanismes de défense. Il existe plusieurs grilles et méthodes différentes, mais la plus utilisée est le DMRS, Defense Mechanisms Rating Scales (24).

Outils de mesure : Le DMRS puis le P-DMRS

Le DMRS est aujourd’hui l’outil le plus utilisé dans l’étude empirique des mécanismes de défense. Il contient 28 défenses classées en 7 niveaux défensifs distincts. Il faut rappeler cependant que le DMRS initial ne contient pas les défenses psychotiques. Au sein du DMRS, chaque mécanisme de défense y est présenté avec un diagnostic différentiel ainsi qu’avec une évaluation quantitative et qualitative de la défense.

L’évaluation quantitative indique la fréquence d’apparition de la défense au cours de l’entretien tandis que l’évaluation qualitative indique si le mécanisme est absent, probable ou présent.

Grâce à ces deux évaluations, l’observateur pourra établir un score défensif global selon la proportion des mécanismes de défenses présents dans chaque catégorie à la fin de l’entretien. Le score défensif global est une moyenne pondérée (entre 1 et 7) qui indique l’indice du niveau moyen de fonctionnement défensif.

Les cotateurs doivent suivre une formation ad hoc afin de maîtriser au mieux l’outil de mesure. De plus, lors d’une étude, 20 % des entretiens doivent être cotés par deux personnes afin de s’assurer de la meilleure fidélité interjuge.

Les 28 mécanismes de défenses sont classés en 7 niveaux différents qui correspondent chacun à une pondération. Ces catégories sont par ordre croissant de maturité :

- Les défenses par l'agir : permettent d'éviter momentanément un conflit en les transformant en une action impulsive, souvent contre autrui.
- Les défenses borderline : aussi appelées défense par altération majeure de l'image, sont des processus qui déforment le soi ainsi que l'image de l'objet afin se conformer à un état ou affect en particulier.
- Les défenses par le désaveu : permettent de conserver l'image de soi en désavouant l'expérience subjective, les affects ou les pulsions.
- Les défenses narcissiques : aussi appelées défense par altération mineure de l'image, déforment l'image de soi ou des autres au profit d'une image de soi ou d'un affect plus acceptable mais de manière moins complète que les déformations des défenses borderline.
- Les défenses névrotiques : ont pour but de maintenir l'agent de stress hors de la conscience (refoulement ou dissociation) ou modifient l'affect original ou la cible en exprimant tout de même le conflit (déplacement ou formation réactionnelle).
- Les défenses obsessionnelles : agissent en minimisant ou en neutralisant l'affect, cependant sans modifier la réalité externe associée à ces affects.
- Les défenses de maturité : permettent une perception consciente des affects et leurs conséquences en promouvant un état d'équilibre entre affects et pulsions conflictuelles.

G. Vaillant fut le premier à introduire une notion de défense psychotique. Selon lui, elles étaient au nombre de trois ; la projection délirante, le déni psychotique, et la distorsion de la réalité externe. Ces défenses étaient fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans et chez l'adulte au cours des rêveries. Au sein du DSM-IV, elles correspondraient au niveau de dysrégulation défensive et entraînerait une rupture avec la réalité.

Plusieurs groupes de recherche (l'équipe du Pr Despland IPU à Lausanne, l'équipe du Pr Perry et l'équipe du Pr Drapeau à Montréal) ont travaillé sur un addendum du DMRS, contenant 6 défenses psychotiques. Cette annexe correspond au niveau hiérarchique 0 et elle est donc encore moins adaptatif puisque qu'elle code pour des adaptations faites au détriment du contact avec la réalité. Ces six mécanismes sont décrits ci-après.

- Le retrait autistique : le sujet gère ses facteurs de stress en se coupant de son environnement de manière nette. Le retrait peut être actif (le sujet s'isole chez lui et évite donc tout contact avec autrui) ou de passif (le sujet a l'impression que tout lui échappe).
- Le déni psychotique : le sujet gère ses facteurs de stress en niant l'existence de sa réalité interne ou des aspects de la réalité externe.
- La distorsion : le sujet gère ses facteurs de stress en refaçonnant grossièrement la réalité et se base sur ces modifications dans l'interprétation de la réalité.

- La projection délirante : le sujet gère ses facteurs de stress en attribuant de manière erronées ses propres sentiments ou pensées inavouées à un objet interne et/ou externe et en lui attribuant par la suite des pouvoirs ou actions irréels ne pouvant être objectivés.
- La fragmentation : le sujet gère ses facteurs de stress en les clivant en morceaux distincts, peut toucher la représentation de soi ou de l'objet. Ce qui entraîne une discontinuité et le sujet parle des affects ou des représentations comme étant totalement indépendantes les unes des autres.
- La concrétisation : le sujet gère ses facteurs de stress en transformant une représentation mentale en situation, action ou objet concrets, en fonction de la représentation initiale.

L'intérêt d'ajouter des défenses psychotiques au DMRS est multiple. Au cours d'un entretien psychodynamique, elles peuvent être repérées, qualifiées, quantifiées et présentées indépendamment du score défensif global. Leur ajout conduit à une évaluation plus fidèle et donc à un score défensif global plus réaliste (25).

Au cours d'un entretien de 45 minutes, le sujet pourra présenter approximativement entre vingt à soixante mécanismes de défense. Ce chiffre varie en fonction du patient mais également en fonction du thérapeute et de la direction que prend la thérapie. Les mécanismes repérés lors de l'entretien sont de niveaux différents, mais on note le plus souvent la présence de défenses matures et de défense névrotiques, indépendamment de l'organisation de la personnalité du patient. Il y aura cependant deux à trois catégories présentent majoritairement qui permettront d'évaluer le profil du patient lors de l'entretien.

Comme le souligne Perry dans ses travaux, le profil défensif est en général stable entre les différentes séances et il faudrait deux ans pour relever une amélioration du profil défensif.

Une étude menée à Lausanne au sein de l'Institut Universitaire de Psychothérapie (IUP) et portant sous une forme de thérapie brève en 4 séances a mis en évidence une amélioration du profil défensif du patient se reflète par une augmentation de défenses obsessionnelles et une diminution du nombre de mécanismes utilisés lors des séances, principalement les défenses narcissiques. Cependant l'augmentation de mécanismes matures n'est pas permanente car on relève un retour au niveau antérieur à la fin des séances. Cette étude a permis de montrer un soulagement des patients après de la crise et un retour au profil défensif qui précédait cette dernière. Cette même étude a mis en exergue un lien entre relation thérapeutique et défense. En effet, un patient qui présente un profil défensif bas bénéficie d'un thérapeute soutenant tandis qu'un patient au profil défensif haut nécessite un thérapeute plus interprétatif. Cette interaction permet aussi d'observer une amélioration de l'alliance thérapeutique (26).

La cotation

La cotation s'effectue sur la base d'entretiens de 50 minutes enregistrés (audio ou vidéo) puis retranscrits de manière standardisée et la plus fiable possible, ce qui permet au cotateur une identification et une classification optimales des mécanismes de défense. La première étape est la mise en évidence du mécanisme dans le verbatim. Ils peuvent ainsi se manifester par une modification dans le discours, la présence d'un affect inattendu ou l'absence d'un affect attendu.

Une fois le mécanisme de défense repéré, il faut s'interroger sur sa fonction à ce moment précis de l'entretien, ce qui grâce au manuel permet au cotateur de poser un diagnostic différentiel entre différents mécanismes qui partagent la même fonction. Par la suite, il s'agit de choisir le plus plausible, et de le coter par un 2, si sa présence est certaine, par un 1 si sa présence est probable ou par un 0 s'il est absent.

Niveau défensif	Défenses	Pondération
0. Psychotiques	retrait autistique, déni psychotique, distorsion, projection délirante, fragmentation, concrétisation	0x
1. Par l'agir	passage à l'acte, agressivité passive, hypocondrie	1x
2. Borderline	clivage des représentations de soi, clivage des représentations de l'objet, identification projective	2x
3. Désaveu	déni névrotique, projection, rationalisation, fantasmatisation autistique	3x
4. Narcissiques	omnipotence, idéalisation, dévalorisation	4x
5. Névrotiques	refoulement, dissociation, formation réactionnelle, déplacement	5x
6. Obsessionnelles	isolation, intellectualisation, annulation rétroactive	6x
7. Matures	affiliation, altruisme, anticipation, humour, affirmation de soi, introspection (ou observation de soi), sublimation, répression	7x

Tableau n°1 : Catégorie de défense de Défenses

METHODOLOGIE

Objectifs

Le but de ce travail est d'évaluer une éventuelle différence du score défensif global chez vingt-cinq patients dépressifs hospitalisés traités par thérapie brève en 12 séances. Nous allons comparer deux groupes de patients, un premier qui a montré des bénéfices suite à une psychanalyse psychodynamique brève, tandis qu'au sein du second groupe de tels résultats n'ont pas pu être démontrés. Afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons examiné pour chaque patient, un entretien qui se déroule au début de la thérapie (séance n°2) et un second correspondant à la fin du traitement (séance n°11). Ces entretiens ont été codés entièrement, afin de mettre en évidence le nombre et la nature des mécanismes de défense. Par la suite, nous avons calculé pour chaque patient un score défensif global à l'entretien n°2 puis à l'entretien n°11, grâce à ce résultat, nous avons pu tester nos hypothèses.

Choix des patients

Tous les patients de cette étude ont un diagnostic de dépression et ont dû être hospitalisés. Les patients ont été appariés par sexe, âge et tableau clinique. L'âge moyen de notre échantillon est 42.8 ans et dix-sept patients sont des femmes. Les différents diagnostics sont les suivants : trois états dépressifs majeurs, sept dépressions récurrentes et quinze dépressions chroniques. Les comorbidités présentes sont cinq patients présentant des troubles de la personnalité et treize d'entre eux ont commis au moins un tentamen. De plus, on ne relève aucun trouble alimentaire au sein de notre échantillon.

Les patients sont répartis en deux groupes : dix-sept des patients ont répondu à la thérapie alors que les huit autres non. La distinction entre les patients répondeurs et non-répondeurs a été évaluée grâce au questionnaire QIDS (Quick Inventory of Depressive Symptomatology). Une diminution des symptômes de 50% à 3 mois définit le groupe des patients répondeurs.

Les patients ont été hospitalisés en moyenne 4 à 5 semaines au sein de la section Karl Jaspers de l'hôpital de Cery. Ils ont été suivis par un seul et unique thérapeute au cours de 12 séances, bien qu'ils aient également profité d'une aide du reste du personnel soignant. Les thérapeutes impliqués dans ce travail sont formés et expérimentés.

Formation aux P-DMRS

Afin de réaliser ce travail, nous avons suivi au préalable une formation en groupe de 10 heures sur le P-DMRS. Cette formation a d'abord consisté à se familiariser avec l'outil à travers des verbatim d'entretiens au sein desquels les défenses étaient repérées. Par la suite, nous avons appris à repérer les mécanismes présentés dans des verbatim vierges, puis nous avons procédé à leur cotation. Cette formation s'est déroulée au sein de l'IUP et a été dispensée conjointement par la Dresse Berney, le Dr de Roten et M. Kramer. Ce qui nous a permis d'acquérir les notions de bases, nécessaires à la cotation des séances. Les entretiens utilisés dans ce travail ont tous été revus avec le Dr de Roten, après une première cotation.

Hypothèses

Nous formulons les hypothèses suivantes :

1. On devrait retrouver au sein de chaque entretien des défenses de différents niveaux, y compris des défenses matures et obsessionnelles.
2. Les patients devraient présenter un score défensif similaire au début de leur traitement.
3. Les patients répondeurs devraient présenter une amélioration du score défensif global plus élevée que les patients non-répondeurs
4. Les patients répondeurs devraient présenter plus de défenses matures à la fin du traitement (séance n°11).

RESULTATS

Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous. Dans le premier tableau, on trouve la moyenne des défenses ainsi que l'ODF, nous pourrions donc analyser l'évolution au cours du traitement entre nos deux groupes.

Dans un deuxième temps, les pourcentages de différentes catégories seront comparés entre les répondeurs et les non-répondeurs au début de la thérapie (pré-TTT) puis à la fin de la thérapie (post-TTT). Ceci permet de mettre en évidence l'évolution des mécanismes au cours du traitement. Le début du traitement correspond à la séance n° 2 et le point de référence de la fin de la thérapie est la séance n° 11 (sauf pour un patient où ce référentiel est la séance n°9).

Nombre de défenses et ODF

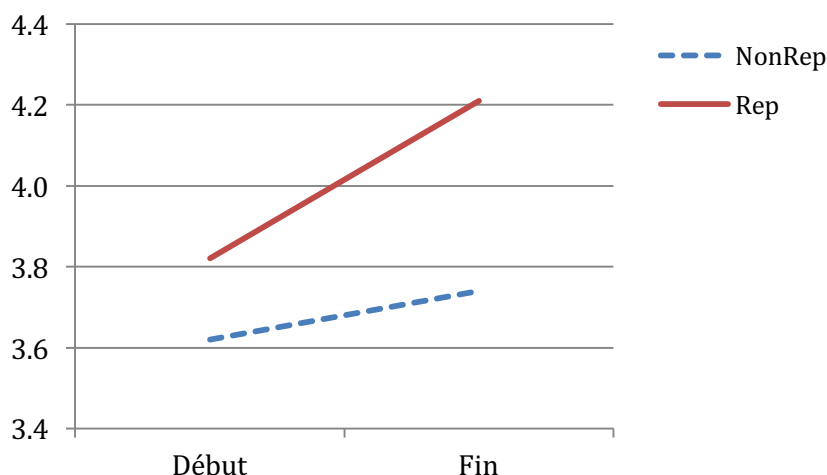
Tableau 2. Nombre de défense et ODF moyen au début et à la fin de la thérapie

	Non-répondeurs				Répondeurs							
	Début		Fin		Début		Fin					
	M	(SD)	M	(SD)	t	p	M	(SD)	M	(SD)	t	p
Nb de Défenses	29.4	(6.6)	26.1	(5.9)	0.48	.636	29.9	(7.7)	30.2	(8.3)	0.17	.866
ODF	3.62	(0.6)	3.74	(0.4)	0.52	.623	3.82	(0.5)	4.21	(0.6)	3.68	.002

Globalement, le nombre de défenses n'est pas différent entre répondeurs et non-répondeurs, ni au début [$t(23) = -0.160, p = .874$], ni à la fin [$t(23) = -1.249, p = .224$].

Globalement, l'ODF n'est pas différent entre répondeurs et non-répondeurs au début [$t(23) = -0.891, p = .382$] mais il l'est à la fin de la thérapie [$t(23) = -2.169, p = .041$]. Le graphique 1 ci-dessous montre l'évolution de l'ODF pour les deux groupes. On observe clairement qu'une évolution plus nette (et statistiquement significative, cf. tableau 1) de l'ODF pour les répondeurs que pour les non-répondeurs (évolution des défenses pas significative statistiquement).

Graphique 1. Evolution de l'ODF en fonction de la réponse au traitement



Par niveaux de défenses

Le tableau 3 présente la comparaison début-fin en fonction de la réponse pour chaque niveau de défense.

La classe de défense la plus présente sont les défenses par le désaveu. Puis par ordre décroissant, les défenses obsessionnelles, narcissiques, névrotiques, par l'agir, matures, borderline et finalement les psychotiques.

Tableau 3. Proportion des niveaux de défenses en fonction de la réponse au traitement

Niveaux	Non-répondeurs				Répondeurs			
	Pré-TTT	Post-TT	t	p	Pré-TTT	Post-TTT	t	p
Mature	0.8%(2)	6.5%(14)	-2.947	.021	2%(10)	7.3%(38)	-3.508	.003
Obsessionnel	16.7%(41)	12.1%(26)	.742	.482	19.1%(98)	25.9%(135)	-2.884	.011
Névrotique	11.4%(28)	11.2%(24)	.100	.923	9.8%(50)	7.1%(37)	1.776	.096
Narcissique	19.9%(49)	17.2%(37)	.801	.449	19.1%(98)	17.2%(90)	.818	.426
Désaveu	33.3%(82)	38.1%(82)	-.923	.387	37.5%(192)	33.9%(177)	1.389	.184
Borderline	3.7%(9)	2.3%(5)	.999	.351	3.3%(17)	2.9%(15)	.326	.749
Par l'agir	9.7%(24)	9.8%(21)	-.362	.728	8.4%(43)	4.2%(22)	2.977	.009
Psychotique	4.5%(11)	2.8%(6)	1.029	.338	0.8%(4)	1.5%(8)	-1.832	.097
Total	100%(246)	100%(215)			100%(512)	100%(522)		

Défenses matures

Les répondeurs présentent une proportion plus importante de défenses matures au début de la prise en charge [$t(24) = -4.577, p < .001$]. Nous observons pour les deux groupes des différences statistiquement significatives entre le début et la fin du traitement. Nos patients augmentent leur utilisation de ces mécanismes.

Défenses obsessionnelles

Les défenses obsessionnelles sont légèrement plus présentes chez les non-répondeurs au début. Une augmentation de cette catégorie est statistiquement significative chez les répondeurs [$t(16) = -2.884, p = .011$]. Nous constatons une diminution chez les non-répondeurs à la fin du traitement, cependant elle n'est pas statistiquement significative.

Défenses névrotiques

Elles sont plus présentes au début du traitement chez les non-répondeurs et restent stables. Au sein du groupe des répondeurs, une diminution statistique qui suggère une tendance est mise en évidence [$t(16) = 1.776, p = .096$].

Défenses narcissiques

Une différence entre les deux groupes et entre le début et la fin du traitement, ne peut pas être mise en évidence. Elles sont présentes en quantité similaire au sein de tout notre échantillon [$t(16) = .818, p = .426$].

Défenses par le désaveu

Cette catégorie est la plus présente chez nos patients, nous ne constatons pas de variation statistiquement significative entre les deux groupes ou entre la deuxième et la onzième séance [$t(16) = 1.389, p = .184$].

Défenses borderline

Ces défenses sont peu présentes chez nos patientes et aucune variation n'est statistiquement discriminante [$t(16) = .326, p = .749$].

Défenses par l'agir

Nous relevons un pourcentage assez similaire de cette catégorie au début du traitement entre les répondeurs et les non-répondeurs. Nous mettons en évidence une diminution importante de ces défenses chez les répondeurs à la fin [$t(16) = 2.977, p = .009$]. Ce phénomène n'est pas reproductible au sein du groupe des non-répondeurs.

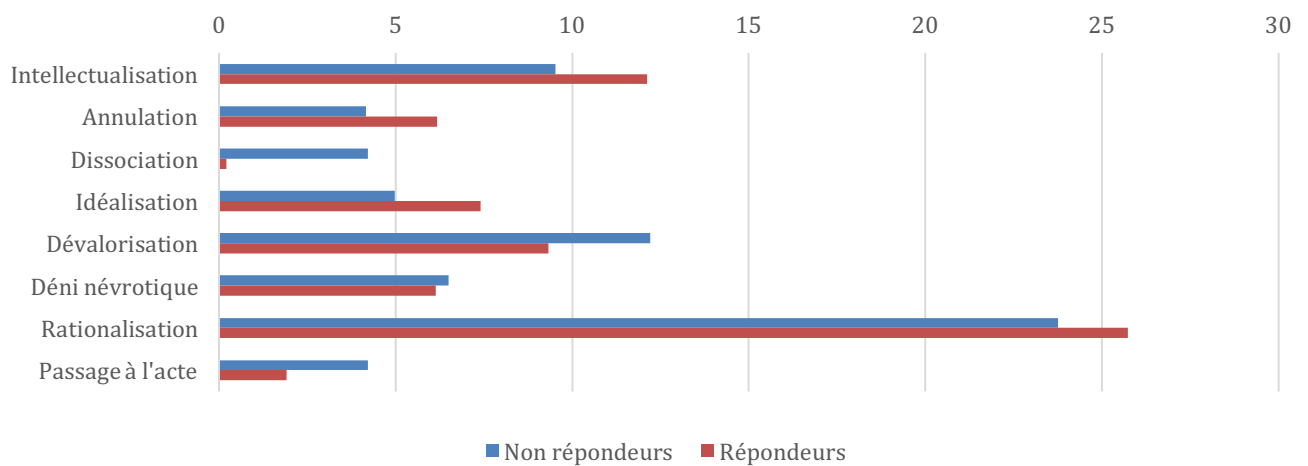
Défenses psychotiques

Ces défenses sont présentes de manière plus importante au début du traitement chez les non-répondeurs. Notre travail met en évidence un phénomène que nous nous expliquons difficilement, une tendance statistiquement significative de leur augmentation chez les répondeurs. [$t(16) = -1.832, p = .097$]. Cependant, le nombre de défenses psychotique est très faible, cette variation statistique semble donc être difficilement interprétable.

Défenses individuelles

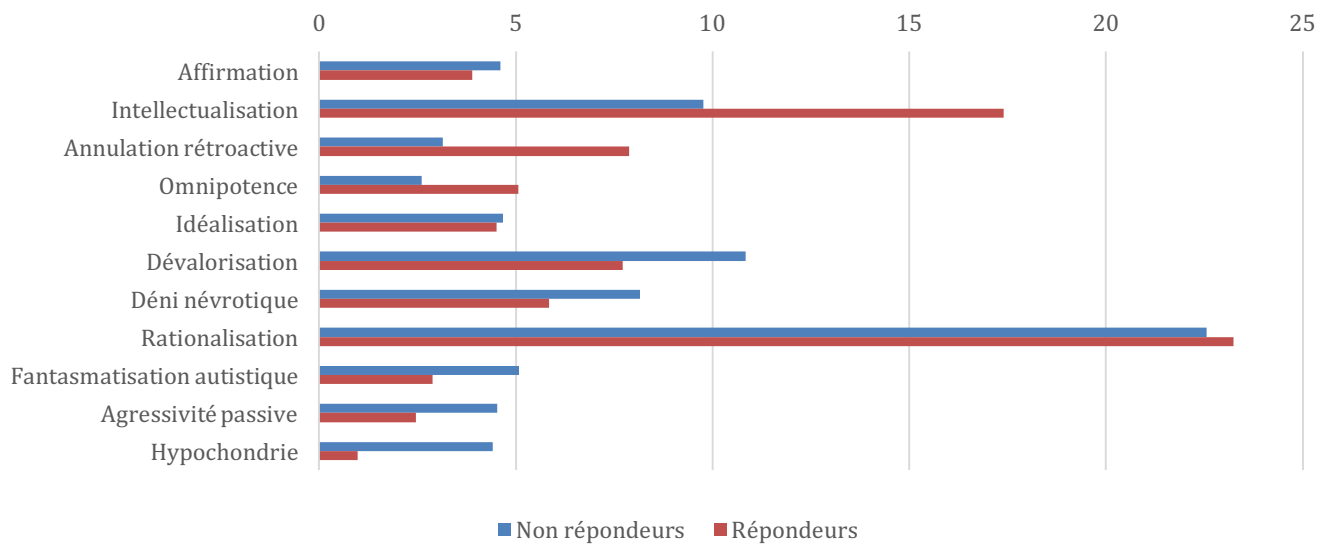
Nous avons décidé de représenter les défenses présentes à plus que 4% au sein de notre échantillon. Toutes les défenses sont représentées dans deux graphiques en annexe.

Graphique 2. Catégories individuelles principales, début du traitement



Le graphique 2 indique la fréquence moyenne des défenses les plus utilisées au début du traitement. Les répondeurs utilisent majoritairement la rationalisation et l'intellectualisation. Le second groupe a recours principalement à la rationalisation et à la dévalorisation.

Graphique 3. Catégories individuelles principales, fin du traitement



Le graphique 3 indique la fréquence moyenne des défenses les plus utilisées à la fin du traitement du traitement. Les non-répondeurs utilisent majoritairement les mêmes défenses au début et la fin du traitement mais cependant nous constatons une diminution de la rationalisation (défense par le désaveu) de 25.73% à 23.4%. Au contraire une augmentation de l'intellectualisation (défense obsessionnelle) de 12.1% à 17.4% est mise en évidence.

Au sein du second groupe, nous constatons une diminution de la rationalisation de 23.7% à 22.5% ainsi qu'une diminution de la dévalorisation de 12.2% à 10.8%.

La dévalorisation est moins fréquente chez les répondeurs et diminue également à la fin du traitement (9.3% à 7.7%) De plus l'intellectualisation, augmente légèrement chez les non-répondeurs 9.5 à 9.7% mais est présente en quantité moindre que chez les répondeurs.

Exemples de défenses et explication de leur fonction :

Nous avons choisi de mettre en évidence une défense par catégorie afin d'illustrer les différents niveaux défensifs en lien avec la dépression.

Patient 4 :

Ce patient utilise *l'affirmation de soi* quand la discussion s'oriente autour du suicide. Ceci lui permet de réduire l'anxiété lié à cette idée.

P: *le soupir et le sourire aussi - je pense à ça mais j'essaie encore de m'accrocher, ça veut dire je deviens pessimiste, et quelque part, je me dis avec une petite réserve mais ça va revenir, ça va revenir, - et pis, ça fait passé 20 ans que j'ai cet espoir de m'en sortir*

L'affirmation de soi permet au patient de permettre à ce patient d'exprimer clairement son sentiment vis à vis du suicide. Cette formulation claire permet de réduire l'angoisse et la détresse liées à ses pensées et conduit à une stabilité interne plus importante.

Patient 2 :

Cette patiente demande de l'aide aux autres, cette *affiliation* permet de diminuer le sentiment de solitude.

P : // *je vais commencer une thérapie comportementale pour beaucoup travailler là-dessus quoi comment arriver à gérer le stress et puis à, j'ai eu deux entretiens cette semaine et puis arriver à travailler là-dessus sur ce côté justement gérer les angoisses et aussi par rapport à mes autres douleurs arriver à gérer quelque soit quoi qu'on me dise à / quoi arriver à gérer ça -*

A travers l'affiliation, la patiente émet son besoin d'attachement ainsi que le souhait de faire face à ses différentes problématiques. La patiente est consciente de l'apport positif que pourrait avoir une thérapie dans la gestion de ses angoisses.

Patient 3 :

Ce patient est conscient des éventuelles difficultés qu'il pourrait rencontrer en lien avec sa maladie. Il met en œuvre *l'anticipation* afin de les minimiser, en prévoyant la présence d'une tierce personne.

P : bon ça va je suis rentré à la maison *je serai pas tout à fait seul j'ai une coll- une copine qui vient qui vient me voir ici et qui m'a / l'appartement donc je peux lui téléphoner aussi il y a pas de problème ah c'est déjà un point positif*

L'anticipation explore les éventuels problèmes que le patient pourrait rencontrer dans le futur et essaie d'y apporter une solution. Ce mécanisme promeut une probabilité de réussite de la gestion de ses angoisses plus importante.

Patient 1 :

Cette patiente a recours à la *rationalisation* lorsque le thérapeute évoque sa dépression.

"T : et vous disiez que vous faites rien à la maison

P : *mhm - - quand j'ai mes crises j'ai envie de rien et puis heu avec deux chiens deux chats et puis les enfants qui font pas attention je vais pas passer toutes mes journées à nettoyer."*

La patiente élabore une théorie en désavouant les sentiments liés à sa dépression, ceci a pour effet de diminuer le sentiment d'impuissance qu'elle ressent. Elle déplace son conflit interne sur le

comportement d'autrui (ici celui de ses enfants) afin d'éviter d'affronter ses affects en lien avec sa maladie.

Patient 2 :

Cette patiente utilise la *projection* lorsqu'elle décrit les sentiments de ses amies face à sa dépression, en réalité c'est elle qui est l'auteur de ces pensées :

*P : ah disons que que en / (?:Suisse) j'ai pas de famille donc heu voilà quoi les amis heu les amis ça va bien un moment quoi les amis heu aussi heu elles elles comprennent pas que que qu'il y ait pas d'améliorations que qu'au bout d'un moment bein heu j's- **elles sont pas d'un tempérament dépressif donc heu au bout d'un mom- elles pensent que il suffit de se se secouer et pis c'est bon quoi***

La patiente utilise ses amies afin de minimiser l'importance de sa maladie. Elle amoindrie également les difficultés rencontrées dans le cadre de sa dépression. Ce mécanisme permet à la patiente de se préoccuper majoritairement des autres à ses dépens.

Patient 5 :

Cette patiente a subi un nombre effroyable d'abus et met en place des rêveries autistiques afin d'imaginer une situation plus facile à supporter et de s'y réfugier :

*P : Quelle famille, hein. **C'était mieux de me donner à quelqu'un, adopter, c'était mieux. J'étais peut-être une fille plus heureuse. Ou alors, peut-être, me mettre dans une maison, une famille. Comme ça peut-être j'étais plus heureuse, j'étais quelqu'un d'autre.***

La patiente s'autorise à imaginer un scénario qui engendrerait des conséquences plus acceptables que celles liées à son abus. La rêverie permet de donner à la patiente un sentiment positif face à son impuissance en lien avec les événements traumatisants qu'elle a vécu.

Patient 6 :

La patiente prétend ne pas identifier ce qui a entraîné la dispute avec sa sœur. Elle utilise le déni névrotique afin de se préserver.

193. P : oui: + i s'est: euh s'est qu's passé avec ma sœur que: on était très proche ça m'fait mal au cœur quand même que: on était très proche et maintenant on s'parle pas:

T : ouais

*P : **et je sais pas pourquoi (souple) y a pas un explication***

Le recours au déni permet à la patiente de tenir hors de la conscience les éléments désagréables en lien avec la dispute avec sa sœur. Elle n'est donc pas confrontée à des affects négatifs tels que la tristesse ou la honte.

Patient 1 :

Le recours à la distorsion est clair car la patiente reformule complètement la réalité, elle émet une théorie improbable.

*P: **d'ailleurs quand j'ai blessé la personne quand je me suis défendue jamais la personne elle aurait osé dire ce que c'était arrivé –***

T : mhm mhm

*P : **jamais – j'ai été la seule à le savoir que je l'avais poussé contre la table et pis que je l'avais cassé les côtes et pis c'est jamais arrivé – et pis il avait dit qu'il était tombé chez lui et le jour qu'il est mort c'était j'étais en j'étais à *Bordeaux – j'étais venue faire fille au pair à *Bordeaux – c'était heu pff.***

**87 – et *88 qu’il est mort c’était le plus beau jour de ma vie de le savoir mort pour moi c’était le plus beau jour de ma vie, chais pas pourquoi.*

La patiente modifie les événements et les rend ainsi impossibles afin d’éviter de se confronter à l’affect en lien avec son agression. Elle préfère émettre une théorie qui correspond à son imagination pour se préserver.

Patient 5 :

La patiente insiste de manière très marquée sur le mot “pute” comme s’il était une entité à part entière. Ceci est un exemple de projection délirante.

P : Ou dans un ballon, je suis enfermée là-dedans. Je me sens comme ça. *Et puis après, en plus, ils me font faire subir ça et je suis encore « pute ». C’est quoi ça, ce mot ! On ne dit pas ça à une fille : « une pute ».*

L’utilisation du terme “pute” par la patiente oriente l’observateur vers une digression de pensée. La patiente personnifie ce mot et lui confère une importance considérable, qui dépasse très certainement la réalité (lorsque son entourage l’a utilisé). Cette projection découle des affects insoutenables suite à de multiples agressions.

DISCUSSION

Nos quatre hypothèses évoquées précédemment se révèlent vérifiées. Elles vont être détaillées ci-dessous.

Nombre de défenses

En moyenne, on dénombre une trentaine de mécanismes de défense par entretien, ce qui permet de mettre en évidence un lien thérapeutique relativement dynamique entre le patient et le soignant. En effet, l'échantillon de patient, malgré leur diagnostic d'épisode dépressif, permet de mettre en exergue des entretiens interactifs où toutes les catégories de défenses sont présentes.

On constate que la différence entre répondeurs et non-répondeurs s'observe à plusieurs niveaux, sans être statistiquement différente ($p > 0.05$). Au début du traitement, les deux groupes utilisent un nombre égal de défenses, même si à la fin de la thérapie, il semblerait que les répondeurs utilisent plus de défenses. Le phénomène inverse s'observe chez les patients non-répondeurs qui vont eux recourir à un nombre de mécanisme plus faible. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les non-répondeurs n'investissent pas le lien thérapeutique de manière optimale et ne sont donc pas en interaction avec le thérapeute, ce qui expliquerait une nécessité amoindrie de l'utilisation de défense. Le patient ne prend pas conscience de certains sujets qui auraient certainement nécessités le recours à des défenses.

ODF

Selon la littérature, un ODF inférieur à 5 peut être associé à une symptomatologie dépressive ou autres troubles de la personnalité. Notre cohorte de patients resterait donc même à la fin du traitement avec des capacités défensives non optimales. Cependant, nous constatons que les répondeurs augmentent de manière importante leur ODF à la fin du traitement. Ceci valide notre hypothèse d'une amélioration de leur fonctionnement.

Par catégorie

Défenses matures

Le rôle des défenses matures est d'assurer la meilleure réponse possible face à un facteur de stress et à ses conséquences. On constate une hausse de cette catégorie au sein des deux des groupes à la fin du traitement. Nous pouvons donc en déduire que la thérapie permet d'augmenter ces défenses chez tous les patients. De plus, nous constatons que le groupe des répondeurs présente au début de la prise en charge une proportion plus importante de ces défenses. La défense mature majoritairement mise en évidence dans les verbantim est l'affirmation de soi. Le recours à ce mécanisme permet au patient d'exprimer ses pensées/souhaits sans sentiment de honte. L'augmentation au sein des deux groupes, nous indique qu'une psychothérapie brève permet à nos patients de prendre conscience de certains affects en lien avec leur maladie.

Défenses obsessionnelles

Les défenses obsessionnelles traduisent les capacités du patient à minimiser ou à neutraliser les différents affects. Ce mécanisme reflète donc des capacités adaptatives plutôt matures. Nous constatons qu'au début de la prise en charge, les répondeurs utilisent plus ces défenses que les non-répondeurs. A la fin du traitement, une augmentation des défenses obsessionnelles est mise en évidence chez les répondeurs tandis que le schéma inverse s'observe dans la catégorie des non-répondeurs. Leurs défenses obsessionnelles vont diminuer au profit de défenses plus immatures qui nient ou transforment les affects. Ceci confirme donc l'absence d'amélioration, voir même une péjoration des capacités de gestion des affects de ces patients.

La défense qui se démarque au sein de ce groupe est l'intellectualisation. Rappelons que lorsque le patient utilise cette défense, il ne dénie pas l'affect mais émet une généralisation afin de le mettre à distance. Le sujet, même s'il ne vit pas l'affect, élabore une théorie quant à son origine. Nous pouvons donc en déduire qu'il réfléchit à sa situation et cela pourrait être une voie vers l'acceptation.

Défenses névrotiques

Les défenses névrotiques permettent de garder l'élément de conflit hors de la conscience. Elles diminuent dans les deux groupes de façon similaire. Néanmoins, cette variation n'est pas statistiquement significative et de ce fait non discriminante.

Défenses narcissiques

Elles correspondent à un niveau adaptatif réduit et permettent au patient de conserver une image de soi correcte suite à des altérations mineures de la réalité. Elles sont présentes et diminuent de manière identique au sein des deux groupes. Elles ne nous permettent donc pas de les différencier.

Défenses par le désaveu

Cette classe de défense est la plus utilisée par nos patients et le mécanisme qui est présent majoritairement est la rationalisation. Ces défenses permettent de préserver l'image de soi en désavouant l'affect ou les pulsions. Cette catégorie augmente chez les non-répondeurs et diminue chez les patients répondeurs. Cependant, lors des tests statistiques, cette tendance n'est pas significative. Un échantillon plus important pourrait clarifier cette variation.

La rationalisation est la défense la plus présente au sein de notre échantillon. Sa fonction est de masquer ses sentiments derrière une explication rassurante. Si cette défense peut sembler proche de l'intellectualisation, elle ne l'est pas. Dans ce cas, le patient s'engage dans une explication erronée et dénie entièrement l'affect. Nous comprenons que dans le cas de nos patients, la rationalisation est préférée à l'intellectualisation car elle comprend une dimension de déni qui fait partie de la symptomatologie dépressive.

Défenses borderline

Elles correspondent à une altération majeure de l'image de soi. Cette catégorie de défense est peu présente au sein de notre échantillon et diminue à la fin du traitement. Cette constatation, nous

permet de proposer l'hypothèse qu'elles sont peu présentes chez les patients souffrant de dépression.

Défenses par l'agir

Les défenses par l'agir correspondent à des actions impulsives principalement dirigées envers autrui qui permettent d'éviter le conflit momentanément. Elles correspondent à un niveau défensif faible. Nous constatons qu'elles sont présentes en proportion comparable au début du traitement chez tous nos patients. Il est très intéressant de relever qu'une diminution importante et statistiquement discriminante est mise en évidence chez les répondeurs. Une diminution de ces défenses permet donc de différencier les patients répondeurs des non-répondeurs.

Défenses psychotiques

Ces défenses transforment entièrement la réalité externe afin de la faire correspondre à la réalité psychique. Ces défenses sont utilisées par des patients qui n'ont pas obligatoirement un diagnostic de psychose. Elles se trouvent en quantité faible lors de nos entretiens. Nous pouvons constater que les patients répondeurs présentent une proportion plus faible de ces défenses pré-traitement malgré cette augmentation relative.

Analyse qualitative

Au terme de ce travail, il est intéressant d'effectuer une réflexion de la place clinique des mécanismes de défenses. Ils ne traduisent pas un symptôme mais les capacités du patient à faire face à ses émotions. La dépression est en lien avec un processus de déni, il est donc justifié de se poser la question de la validité de la relation dépression-défense. Tous nos patients, utilisent majoritairement des défenses par le désaveu et donc dénie partiellement leur symptomatologie dépressive. Quelle est donc la validité de l'analyse de ces défenses ? Nous constatons que la complexité de la symptomatologie dépressive et son évolution ne peuvent pas être quantifiées intégralement par un système de cotation. Il semblerait que le vécu du patient et ses ressources sont probablement discriminantes quant à sa réponse à un traitement.

Il est intéressant de constater que les patients répondeurs vont modifier les classes de défenses qu'ils utilisent. Nous relevons également des différences entre les deux groupes dès le départ, ce qui pourrait poser l'indication à réaliser une recherche qui permettrait d'analyser les critères de sélection de patients dépressifs selon l'utilisation de défenses au début de leur prise en charge hospitalière. Notamment, nous pourrions nous concentrer sur les patients qui utilisent une proportion supérieure de défenses matures et obsessionnelles ainsi qu'une proportion moindre de défenses névrotiques, par l'agir et psychotiques. A l'heure actuelle, il serait incorrect d'utiliser nos résultats comme principe de sélection et il conviendrait d'effectuer un nouveau travail sur cette thématique.

CONCLUSION

Les patients considérés comme répondeurs à un traitement psychodynamique en 12 séances, montrent une diminution de 50% des symptômes à 3 mois. Nos patients répondeurs présentent à la fin du traitement une amélioration statistiquement significative de l'ODF.

Nous constatons qu'une évolution favorable de la symptomatologie est associée à une augmentation de l'utilisation de défenses obsessionnelles ainsi qu'à une diminution des mécanismes immatures, notamment par l'agir.

La thérapie permet une augmentation des défenses matures au sein des deux groupes.

Cependant, les répondeurs présentent dès le début du traitement une proportion de défenses matures plus importante que les non répondeurs.

Nous relevons donc certaines prédispositions à répondre à la thérapie. Il semblerait que les patients qui présentent au départ des défenses matures en quantité plus importantes et des défenses psychotiques en quantité moindre, auraient une probabilité plus élevée de répondre au traitement. La présence de défenses matures en quantité importante dès le début de la thérapie pourrait-elle être une ressource de sélection des patients ? Nous nous interrogeons donc sur la possibilité d'identifier dès le départ les patients répondeurs sur la base de leur profil défensif initial.

Ces différentes tendances placent les défenses comme indicateur indirect de l'état du patient. En effet, rappelons que les défenses ne sont pas des symptômes, mais nous permettent d'évaluer le fonctionnement de nos patients. Elles reflètent leurs capacités de gestion de leurs émotions. Les mécanismes de défense servent à nous donner une idée de l'état global du patient, cependant le travail nécessaire à leur mise en évidence n'est pas compatible avec une utilisation clinique quotidienne. En effet, il est presque impossible pour le thérapeute de toutes les repérer lors de l'entretien et l'investissement nécessaire à la retranscription est considérable.

Ce travail étudie un échantillon contenant 25 patients. Même si nous avons pu valider nos hypothèses et décrire des tendances, il serait plus fiable d'avoir un nombre de participants plus élevé. La densité des entretiens et la durée limitée de ce travail ne permettent malheureusement pas d'étendre ce nombre. Une seconde limite à mettre en évidence est la difficulté de l'utilisation du P-DMRS. Cet outil permet une standardisation du codage des entretiens. Nous avons suivi une formation afin de nous familiariser avec cet outil mais la difficulté rencontrée lors de la cotation reste un facteur important.

Dans un avenir, il serait judicieux de compléter ce travail en se concentrant sur un nombre d'entretien de plus grande envergure. L'apparition de défenses psychotiques au cours de ces différents entretiens est une piste très intéressante du fonctionnement de patient sans diagnostic de psychose et révélerait très certainement des résultats intéressants. Nous pourrions également nous interroger sur la faible prévalence des défenses borderline chez les patients dépressifs.

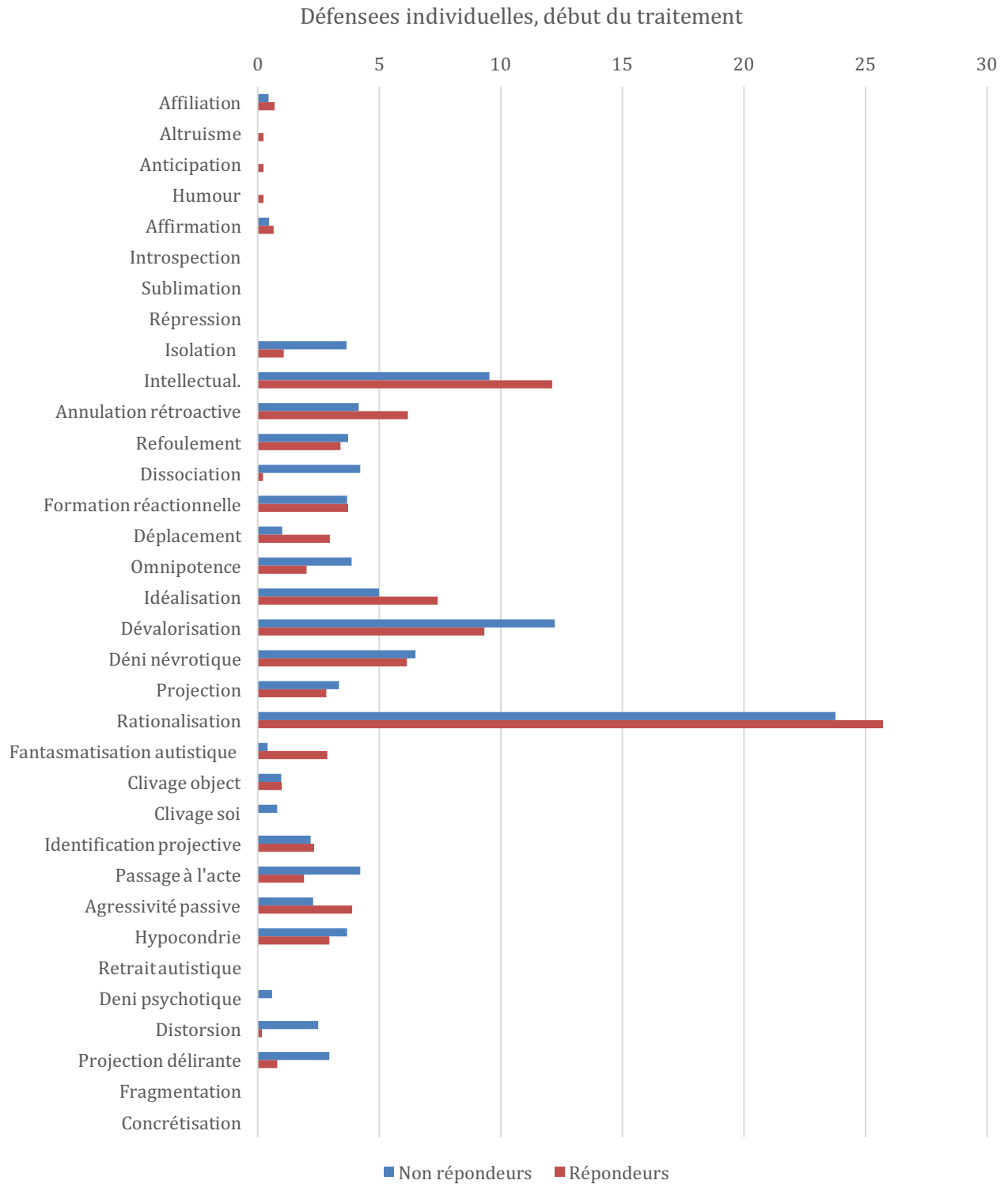
REFERENCES

1. Ionescu S, Jacquet M., Lhote C. Les mécanismes de défense. Théorie et Clinique. Nathan. Paris; 1997.
2. Vaillant G. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:786-94.
3. Vaillant G. *Ego Mechanisms of Defense: A guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Press. 1992 Washington;
4. Vaillant G. *The wisdom of the ego*. Harvard University Press. 1993 Cambridge;
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR. Masson. 2000. 403-406 p.
6. Kessler R, et coll. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research Journal*. 2001;(36):987-1007.
7. Vandel P, Rebière V, Sechter D. Stratégie thérapeutique des troubles de l'humeur. EMC-Psychiatrie Elsevier. 2004;35.
8. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(6):595-602.
9. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, Van Straten A. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(6):354-63.
10. Ciechanowski P, Roy-Byrne PP, Solomon D. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UpToDate. 2015.
<http://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment>. UpToDate. 2015;
11. Gabbard G, Ball V, Roy-Byrne PP, Solomon D. Unipolar depression in adults : Psychodynamic psychotherapy. UpToDate [Internet]. 2015; Available from:
<http://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-psychodynamic-psychotherapy>
12. Balint M, Ornstein P, Balint E. *La psychothérapie focale*. Payot. Paris; 1975.
13. Malan D. *La psychothérapie brève*. Payot. Paris; 1975.
14. Menninger K. *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books. New York; 1958.
15. Despland J-N, Michel L, de Roten Y. *Psychothérapies brèves psychanalytiques*. EMC-Psychiatrie Elsevier. 2008;37-812-L-10.
16. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbas A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet*. 2015;2:648-60.
17. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *The British Psychological Society*. 2007;80:217-28.
18. Miller I, Norman W, Keitner G. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six- and twelve-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*. 1989;146(10):1274-9.
19. Lauber C, Lay B, Rössler W. Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 2006 Jul;93, Issues 1-3,:43-51.
20. Freud S. *Les psychonévrose de défense*. 1926.
21. Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Leipzig-Wien-Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1926.
22. Freud A. *Le Moi et les mécanismes de défense*. Vienne. Vienne; 1936.

23. Perry JC, Copper S. An Empirical Study of Defense Mechanisms. Arch Gen Psychiatry. 1988;
24. Perry JC. Defense Mechanism Rating scales. Boston, Harvard Medical School; 1990.
25. Berney S, de Roten Y, Söderström D, Despland J-N. L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outils pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. . Médecine et Hygiène. 3:133-44.
26. Despland J-N, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of Patient Defense Mechanisms and Therapist Interventions to the Development of Early Therapeutic Alliance in Brief Psychodynamic Investigation. The Journal of Psychotherapy Practice and Research. 2001;10:155-64.

ANNEXES

Les deux graphiques ci-dessous représentent toutes les défenses individuelles au sein des deux groupes, au début puis à la fin du traitement.



Défenses individuelles, fin du traitement

