

Henri Chabrol
Stacey Callahan

Mécanismes de défense et coping

3^e édition
revue et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2018
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-078336-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	7
<i>Introduction</i>	13
1. Introduction aux mécanismes de défense.....	15
2. Introduction aux processus de coping.....	16
3. Évolution des concepts de défense et de coping : convergences et chevauchements	17
4. Le débat sur les caractères inconscients et involontaires des mécanismes de défense.....	18
5. Les cibles des mécanismes de défense et des processus de coping	20
6. La fonction adaptative	20
7. Mécanismes de défense, processus de coping et processus cognitifs.....	21
8. Traits ou états.....	23
9. Défense et coping : une vision unitaire réductrice	23
 CHAPITRE 1 – LES MÉCANISMES DE DÉFENSE : CLASSIFICATION, MÉCANISMES MATURES ET NÉVROTQUES	27
1. Classification des mécanismes de défense	30
2. Le niveau adaptatif élevé ou défenses matures.....	33
3. Le niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis : les défenses névrotiques.....	43
 CHAPITRE 2 – LES MÉCANISMES DE DÉFENSE IMMATURES	65
1. Le niveau de distorsion mineure de l'image.....	67
2. Le niveau du désaveu	72
3. Le niveau de distorsion majeure de l'image	85
4. Le niveau de l'agir	101
5. Le niveau de la dysrégulation défensive.....	104
 CHAPITRE 3 – MESURES DES MÉCANISMES DE DÉFENSE	107
1. L'évaluation par entretien	110
2. Les questionnaires.....	115
3. Les tests	129
4. Les tests projectifs	135

CHAPITRE 4 – ÉTUDES EMPIRIQUES, IMPLICATIONS CLINIQUES ET INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES MÉCANISMES DE DÉFENSE	143
1. Mécanismes de défense, âge et sexe	145
2. Mécanismes de défense, événements de vie et environnement	146
3. Mécanismes de défense et autres caractéristiques de la personnalité.....	147
4. Mécanismes de défense, adaptation psychosociale et santé	148
5. Mécanismes de défense et troubles psychiatriques.....	151
6. Mécanismes de défense et troubles de la personnalité	157
7. Mécanismes de défense et thérapies	160
8. Les implications cliniques	168
9. Les interventions thérapeutiques sur les défenses.....	169
 CHAPITRE 5 – HISTORIQUE ET DÉFINITIONS DE LA NOTION DE COPING.....	 179
1. Histoire.....	181
2. Définitions	181
 CHAPITRE 6 – MODÈLES, ÉVALUATION ET MESURES DU COPING	 197
1. Les modèles du coping.....	200
2. L'évaluation du coping.....	207
3. Les mesures du coping.....	210
 CHAPITRE 7 – ÉTUDES EMPIRIQUES.....	 225
1. Coping, sexe et âge	227
2. Coping et personnalité	231
3. Adaptation psychosociale et santé	234
4. Coping et psychopathologie	237
5. Coping et interventions thérapeutiques.....	242
 CHAPITRE 8 – APPROCHE INTÉGRATIVE ET THÉORIES SUR L'ORGANISATION FONCTIONNELLE DES MÉCANISMES DE DÉFENSE ET DES PROCESSUS DE COPING...	 247
1. Une approche dimensionnelle de la défense et du coping	249
2. Théories sur l'organisation fonctionnelle de la défense et du coping	253

CHAPITRE 9 – ÉTUDES EMPIRIQUES DE L'ORGANISATION FONCTIONNELLE	
DE LA DÉFENSE ET DU COPING	261
1. Études utilisant des instruments mesurant à la fois défenses et coping.....	263
2. Études couplant une mesure des défenses et une mesure du coping	265
3. Implications cliniques et thérapeutiques	271
<i>Annexes</i>	<i>275</i>
Items de l'Expanded Structured Interview (Hall et al., 1998; trad. fr. Rachel Rodgers, Henri Chabrol, Stacey Callahan, 2005).....	275
Items du DSQ-40 (Andrews <i>et al.</i> , 1993, trad. fr. Henri Chabrol et Anthony Sutter, 1996).....	283
Ways Of Coping Checklist (42 items).....	285
<i>Glossaire.....</i>	<i>287</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>289</i>
<i>Index des notions.....</i>	<i>315</i>
<i>Index des auteurs</i>	<i>317</i>



Avant-propos

Défense et coping décrivent les réponses inconscientes et conscientes du moi face aux dangers internes et externes. Défense et coping sont des concepts qui se sont développés parallèlement du fait du clivage des sciences humaines, puis que l'on a opposés avant que l'on commence à reconnaître leur complémentarité et leur convergence.

De nombreux travaux théoriques et cliniques empiriques (qualitatifs et quantitatifs) ont été consacrés à chacun de ces deux concepts. En revanche, on peut être surpris du nombre limité de travaux visant l'étude des relations entre eux. Ils étaient à l'origine liés, le coping étant initialement conçu comme le corrélât observable de la mise en jeu des mécanismes de défense. Cette recherche sur les comportements observables s'est ensuite autonomisée. Le coping est devenu une entité de recherche relativement coupée des préoccupations cliniques et thérapeutiques. Actuellement, mécanismes de défense et coping appartiennent à des champs théoriques indépendants qui n'ont que peu de relations et d'échanges entre eux. En France, le concept de coping intéresse les tenants de l'approche cognitive-comportementale. L'étude française des défenses et du coping procède de champs théoriques et pratiques différents – l'approche psychanalytique et l'approche cognitive-comportementale –, qui se sont longtemps niés ou opposés dans une lutte d'influence où bien souvent les attitudes partisanses sinon sectaires ont primé l'ouverture scientifique.

Superficiellement, les différences entre défense et coping paraissent nettes : les mécanismes de défense sont un concept psychanalytique décrivant principalement les défenses inconscientes du moi face aux conflits intrapsychiques, alors que le coping ou mécanismes ou processus de maîtrise, ou stratégies d'ajustement ou de faire face, désigne principalement les réponses cognitives et comportementales que le sujet utilise délibérément et consciemment face à un danger ou un problème externe. En outre, l'étude des mécanismes de défense s'est longtemps fondée sur des études cliniques de cas individuels, principalement dans le cadre de la cure psychanalytique, alors que les études du coping ont eu recours aux méthodes de la psychologie scientifique.

Trois éléments principaux viennent rapprocher ces deux concepts apparemment opposés. Tout d'abord, les recherches empiriques, les réflexions théoriques et les pratiques thérapeutiques qu'ils suscitent se réfèrent à la même vision psychodynamique du fonctionnement psychique. Ensuite,

les fonctions de la défense et du coping se chevauchent : les mécanismes de défense peuvent être dirigés vers la réalité extérieure, alors que les processus de maîtrise peuvent servir à gérer les problèmes internes et les conflits émotionnels. On comprend dès lors le flou et l'hétérogénéité des définitions. Enfin, l'introduction des mécanismes de défense dans les classifications internationales des troubles psychiques a contribué à développer la recherche scientifique dans le domaine des mécanismes de défense et à leur donner un statut empirique comparable à celui du coping.

Les concepts de mécanismes de défense et de processus de coping ne sont donc pas seulement concurrents, mais ils peuvent apparaître aussi complémentaires. Ils coexistent en chacun d'entre nous. Leur étude conjointe peut contribuer à une vision plus globale des réponses du sujet aux difficultés internes et externes et à la compréhension du fonctionnement normal et pathologique. Cette recherche conjointe est limitée par l'insuffisance des instruments d'évaluation des mécanismes de défense et des processus de coping.

En ce qui concerne les implications thérapeutiques, il paraît désormais assez vain d'opposer l'approche psychanalytique des mécanismes de défense et l'approche cognitive-comportementale des processus de maîtrise. Elles peuvent utilement collaborer à une compréhension plus élargie du fonctionnement du sujet en réponse aux conflits et sources de tension internes et externes. Il est probable qu'elles puissent également coopérer dans des interventions thérapeutiques visant à modifier des processus de maîtrise et de défense dysfonctionnels et à en promouvoir de plus fonctionnels. En clinique, la prise en compte conjointe des mécanismes de défense et des processus de maîtrise, de leur relation, de leur mise en jeu successive ou simultanée, est souvent fructueuse sinon nécessaire.

Cet ouvrage présente les deux domaines des mécanismes de défense et des processus du coping dans l'optique de les associer et de les comprendre de manière plus intégrative. Les première et deuxième parties sont consacrées, respectivement, à une présentation exhaustive des mécanismes de défense et des processus du coping. Dans la première partie, H. Chabrol présente les définitions précises des mécanismes adaptés (premier chapitre) et des mécanismes inadaptés (chapitre 2), ainsi que les moyens pour évaluer les mécanismes de défense (chapitre 3) et les études empiriques sur les mécanismes de défense (chapitre 4). Dans la deuxième partie, S. Callahan propose

un historique et les définitions classiques du coping (chapitre 5), les modèles modernes des processus du coping et les modes d'évaluation du coping (chapitre 6), ainsi que les études empiriques sur le coping (chapitre 7).

La troisième partie offre une approche intégrative des deux concepts (chapitre 8), rédigée à quatre mains par H. Chabrol et S. Callahan, et se termine par un chapitre de H. Chabrol sur les études empiriques liant les deux domaines (chapitre 9).

Introduction

**Défense et coping,
différences et convergences**



Sommaire

1. Introduction aux mécanismes de défense.....	15
2. Introduction aux processus de coping	16
3. Évolution des concepts de défense et de coping : convergences et chevauchements	17
4. Le débat sur les caractères inconscients et involontaires des mécanismes de défense	18
5. Les cibles des mécanismes de défense et des processus de coping...	20
6. La fonction adaptative	20
7. Mécanismes de défense, processus de coping et processus cognitifs...	21
8. Traits ou états	23
9. Défense et coping : une vision unitaire réductrice	23

Les définitions habituelles des mécanismes de défense et de coping soulignent deux différences principales. Les mécanismes de défense sont inconscients et involontaires. Les processus de coping sont conscients et volontaires, intentionnels.

1. Introduction aux mécanismes de défense

Les mécanismes de défense représentent classiquement la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions (A. Freud, 1936). Ces manœuvres, mesures ou opérations défensives sont des activités inconscientes du moi. Leur activation est involontaire.

La défense est principalement dirigée contre les pulsions, ses représentants idéatifs et fantasmatiques et les affects qui y sont liés :

« Le moi n'est pas seulement en conflit avec les rejets du ça qui essayent de l'envahir pour avoir accès au conscient et à la satisfaction. Il se défend avec la même énergie contre les affects liés à ces pulsions instinctuelles. Lors du rejet des exigences pulsionnelles, c'est toujours à lui qu'incombe la tâche capitale de se débrouiller au milieu des affects : amour, désir, jalousie, humiliations, chagrins et deuil, toutes manifestations qui accompagnent les désirs sexuels ; haine, colère, fureur, liées aux pulsions agressives. Tous ces affects [...] se voient soumis à toutes sortes de mesures qu'adopte le moi pour les maîtriser [...]. Chaque fois qu'un affect se modifie [...] c'est que le moi a agi » (A. Freud, 1936, p. 32).

Les motifs principaux de la défense contre les pulsions sont d'abord la peur du surmoi : chez le « névrosé », le surmoi « exige, dans une mesure incompatible avec la santé psychique, le renoncement sexuel et la réduction de l'agressivité [...] ». C'est donc par crainte du surmoi que le moi du névrosé redoute les pulsions et c'est sous la pression du surmoi qu'il met en branle ses mécanismes de défense » (A. Freud, 1936, p. 52-53). Un autre motif est la peur réelle, principalement chez l'enfant : « Alors que le névrosé adulte combat ses désirs sexuels et agressifs afin d'éviter tout conflit avec son surmoi, le petit enfant, lui, se comporte de façon analogue à l'égard de ses émois instinctuels afin de ne pas enfreindre les interdictions formelles de ses parents » (A. Freud, 1936, p. 54). La peur de la puissance des pulsions

est un motif majeur, en particulier à la puberté où « un soudain accroissement des pulsions instinctuelles menace de détruire l'équilibre entre les instances psychiques » (A. Freud, 1936, p. 57) et où « le moi redoute de voir toute son organisation détruite ou submergée » (Wälder, 1930, cité par A. Freud, 1936, p. 56).

Les mécanismes de défense ont d'abord été liés à la pathologie. Dans la théorie freudienne, les mécanismes de défense rendent compte de la formation des symptômes : tout symptôme est le produit d'un conflit défensif et constitue une formation de compromis entre la pulsion et la défense. S. Freud a postulé un « lien intime entre des formes particulières de défense et des affections déterminées », ce qu'a repris A. Freud en ces termes :

« Le moi utilise un procédé déterminé, invariable, contre telle exigence instinctuelle particulière [...]. Nous savons que certaines névroses sont étroitement associées à des modes déterminés de défense ; ainsi l'hystérie se rattache au refoulement, la névrose obsessionnelle à l'isolation et à l'annulation rétroactive » (A. Freud, 1936, p. 34).

2. Introduction aux processus de coping

Le coping, mot anglais qui se traduit par « faire face à » est un concept relativement nouveau en psychologie. Le coping trouve ses racines dans l'étude de mécanismes de défense. C'est un nouveau mode pour décrire le comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation.

La traduction de ce concept s'avère difficile, car, comme nous allons le voir plus loin, sa définition est compliquée et « multifacettes ». Bruchon-Schweitzer (2001) utilise souvent « stratégies d'ajustement », alors que Corraze (1992) propose plutôt « processus de maîtrise ». Au Canada, le terme de « stratégie d'adaptation » est utilisé. Nous verrons plus tard que ces propositions font partie de la notion du coping, mais elles nous paraissent trop restrictives.

D'une part, le terme « stratégies » peut paraître inadéquat, car il suggère une réflexion, une évaluation, un choix et la mise en jeu programmée d'une

réponse qui ne convient qu'à certaines formes de coping parmi les plus fonctionnelles. D'autre part, « ajustement » ou « adaptation » sont inadéquats, car ils suggèrent que le sujet s'adapte à l'adversité plutôt qu'il ne cherche à la modifier. Le terme « ajustement », qui a une connotation de négociation ou de soumission plutôt que d'affrontement, apparaît trop restrictif.

« Processus » fait, en effet, partie des définitions modernes du coping, mais « maîtrise » a une connotation trop positive, car le coping n'implique pas toujours une maîtrise de la situation, seulement la manière dont la personne s'y prend pour faire face, qui peut être soit positive, soit négative, soit les deux.

La définition du coping fait encore l'objet d'un différend entre chercheurs. Il faudrait distinguer ici la différence entre la conceptualisation du coping, c'est-à-dire sa définition globale élaborée dans un cadre scientifique par des chercheurs, et les définitions classiques du coping, qui intègrent des comportements spécifiques utilisés pour faire face à, ou résoudre un problème (Krohne, 1993). Une présentation approfondie de la notion du coping sera fournie dans le chapitre 3.

3. Évolution des concepts de défense et de coping : convergences et chevauchements

La position classique consistait donc à opposer les mécanismes de défense considérés comme inconscients, involontaires, relativement rigides, orientés vers les conflits internes et liés à la psychopathologie, et les processus de coping, considérés comme conscients, volontaires, flexibles, comportementaux, orientés vers l'adaptation positive à la réalité externe et liés à la santé mentale et au bien-être.

L'évolution des concepts tant de la défense que du coping a conduit à une convergence notable suggérant un chevauchement qui paraît suffisant pour rendre peu pertinentes les présentations ou les études séparées de la défense et du coping.

4. Le débat sur les caractères inconscients et involontaires des mécanismes de défense

Cramer, dans sa mise au point sur les mécanismes de défense dans la psychologie actuelle (2000), a soutenu que la différence principale entre les mécanismes de défense et les processus de coping était le caractère involontaire et inconscient des mécanismes de défense.

Cette opposition entre mécanismes de défense inconscients et involontaires et processus de maîtrise conscients et volontaires a été remise en question. Ainsi, Newman (2001), dans son commentaire de l'article de Cramer intitulé « Coping et défense : pas de distinction nette », critique la pertinence de cette distinction en se référant aux caractéristiques générales des processus cognitifs qui, selon lui, s'appliquent à la défense et au coping. Il remarque d'abord que « le problème fondamental avec la distinction proposée entre coping et défense est que l'intentionnalité et la prise de conscience sont des caractéristiques indépendantes des processus cognitifs » (p. 760) : on peut être conscient d'un processus survenant involontairement ou activer intentionnellement des processus cognitifs qui se développent automatiquement en dehors de la conscience. Ensuite, il souligne le caractère complexe du critère de la prise de conscience. La prise de conscience peut concerner :

- les circonstances suscitant l'activation des processus de défense ou de coping ;
- la mise en jeu de ces processus ;
- le lien entre les circonstances et cette mise en jeu.

On peut y ajouter deux autres éléments : la conscience de la fonction et la conscience de l'effet. La prise de conscience de ces différents éléments peut être dissociée. De plus, « certains processus de défense ou de coping peuvent être constitués d'un mélange de sub-processus séquentiels qui diffèrent par leur degré d'accessibilité à la conscience » (*ibid.*, p. 760). Enfin, Newman avance qu'un même processus cognitif peut, suivant les circonstances, survenir automatiquement ou d'une façon plus contrôlée. Il conclut qu'il est probable que coping et défense soient complètement « entremêlés » et que la distinction entre coping et défense ait « plus de chance de gêner que de faciliter les efforts de compréhension des interactions complexes des processus impliqués dans la réduction du stress et l'autoprotection » (p. 761).

Cramer (2001), dans sa réponse à Newman, réaffirme que la présence simultanée des caractères inconscients et involontaires est nécessaire à la définition d'un mécanisme de défense. Cette conception, si on l'associe à une conception symétrique réclamant un caractère conscient et volontaire pour la définition d'un processus de coping, définit, entre défense et coping, un groupe intermédiaire de mécanismes, dont les degrés de conscience et d'accessibilité à la volonté sont variables.

Une étude récente contribue à ce débat en montrant la fréquence de la prise de conscience de l'utilisation des mécanismes de défense. Furnham (2012) a étudié la connaissance et l'usage des mécanismes dans un échantillon tout-venant de 208 adultes qui ont rempli un questionnaire présentant une liste de 21 mécanismes de défense et leurs définitions (e. g. « Déplacement : déplacer une émotion sur une autre cible considérée plus acceptable ou moins menaçante »). Pour chaque

mécanisme de défense, les participants répondaient à 3 questions : « Avez-vous entendu parler de ce mécanisme de défense ? » « Pensez-vous qu'il est utilisé couramment ? » « L'utilisez-vous souvent ? » Les modalités de réponses étaient : oui, non, je ne sais pas. Chaque mécanisme de défense était connu par 28 % à 79 % des participants ; 33 % à 70 % jugeaient qu'ils étaient utilisés couramment ; 22 % à 64 % rapportaient les utiliser fréquemment.

Parallèlement, on peut remettre en question le caractère nécessairement conscient et volontaire des processus de coping. Les processus de coping peuvent se déclencher automatiquement, le sujet n'étant pas toujours conscient des raisons de leur activation ou de leur fonction, par exemple fumer dans une situation que le sujet ne reconnaît pas comme stressante. Certains, comme Lazarus et Folkman (1984) n'excluent pas que les processus de coping puissent être inconscients ou préconscients. Kramer (2010) propose d'explorer cette question par des études empiriques associant auto-observation par questionnaire et cotation par observateur externe : une concordance étroite des deux moyens d'évaluation suggérerait que les processus de coping sont conscients alors qu'un désaccord serait en faveur de l'existence d'un coping inconscient.

5. Les cibles des mécanismes de défense et des processus de coping

Les cibles des mécanismes de défense et des processus de maîtrise peuvent être les mêmes : les mécanismes de défense peuvent être dirigés vers la réalité extérieure et la lutte contre le stress, comme dans l'exemple du déni, alors que les processus de maîtrise peuvent servir à gérer les problèmes internes et les conflits émotionnels. Cohen (1987) considère que le coping peut survenir en réaction à une situation passée.

6. La fonction adaptative

La convergence des fonctions de la défense et du coping a également été notée. Les fonctions des mécanismes de défense et des processus de coping se recoupent largement, tous deux visant : 1) la régulation des affects, en réduisant ou écartant les affects négatifs ; 2) l'homéostasie, en restaurant un niveau confortable de fonctionnement ou en retournant au niveau de fonctionnement de base (Kramer, 2010). Défenses et coping peuvent être adaptatifs ou mal adaptatifs (Bouchard et Thériault, 2003). La fonction adaptative des mécanismes de défense est maintenant reconnue. La présence de défense n'est pas une preuve de pathologie : selon Bergeret (1986), « le sujet n'est jamais malade parce qu'il a des défenses, mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement peuvent être caractérisées comme inefficaces, trop rigides, mal adaptées aux réalités internes et externes et/ou exclusivement d'un même type. Le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation » (Ionescu *et al.*, 1997, p. 23).

Au contraire, les mécanismes de défense sont un élément essentiel de la résilience dont l'efficacité va dépendre de la nature, de la variété, de la souplesse des mécanismes de défense mobilisés (de Tychey, 2001). Les variations possibles dans l'intensité des mécanismes de défense influencent également la fonction adaptative : pour chaque mécanisme de défense, « les formes légères étant communes et hautement fonctionnelles, et les variantes plus sévères étant moins communes et typiquement dysfonctionnelles » (Bowins, 2004). Le niveau de stress subi est aussi à prendre en compte. Dans les stress majeurs, les mécanismes de défense réputés les plus

immatures, dysfonctionnels ou pathologiques peuvent avoir une fonction protectrice. Les stress légers peuvent ne nécessiter que les mécanismes de défense matures, les stress plus significatifs peuvent requérir les mécanismes intermédiaires névrotiques pour la plupart des sujets et les stress intenses réclament au moins l'activation brève des défenses immatures (Bowins, 2004). Dans les situations extrêmes, même les mécanismes désignés comme les plus pathologiques peuvent être utiles.

Si les mécanismes de défense peuvent être utilisés de façon souple, adaptée, mature contribuant à la santé psychologique et physique, les processus de maîtrise peuvent être rigides, inadaptés, comme certains modes de coping évitant, et avoir des conséquences négatives sur la santé mentale et physique.

7. Mécanismes de défense, processus de coping et processus cognitifs

Les modes de fonctionnement des mécanismes de défense et des processus de coping ont été assimilés à des processus cognitifs.

7.1 Les mécanismes de défense en tant que processus cognitifs

Des auteurs comme Block et Block (1980) ont vu dans les mécanismes de défense des structures de la personnalité ayant une forte composante cognitive alors que d'autres comme Ederlyi (1985) ou Horowitz (1988) ont conceptualisé les mécanismes de défense comme opérant par le processus cognitif du contrôle de l'information. D'autres, comme Dahl (1995) ou Plutchik (1995), ont distingué les défenses dirigées contre les cognitions et celles dirigées directement contre l'émotion. La somatisation, définie comme le déplacement d'un affect douloureux sur une partie du corps, est un exemple d'une défense centrée sur l'émotion. Wastell (1994) classe par exemple, dans les défenses centrées sur l'émotion, l'altruisme, l'affiliation, l'annulation, le passage à l'acte. Le clivage qui sépare les représentations de soi et des autres en catégories opposées est un exemple d'une défense centrée

sur la cognition. Wastell classe notamment, dans les défenses centrées sur la cognition, l'humour, l'anticipation, la formation réactionnelle, le déni, la projection, le clivage. Cette classification est bien sûr discutable : les défenses centrées sur les cognitions agissent indirectement sur les émotions, puisque, selon la théorie de Beck, les cognitions déterminent ou tout du moins influencent fortement les émotions. Par ailleurs, les défenses centrées sur l'émotion peuvent recourir à des processus cognitifs. Vaillant (2012) considère que les mécanismes de défense « sont des styles affectifs et cognitifs très complexes que le cerveau utilise pour modifier les réalités conflictuelles internes et externes » (p. 885).

Selon Bowins (2004), la plupart des mécanismes de défense sont des distorsions cognitives. Elles sont mineures dans les défenses matures, plus importantes dans les défenses névrotiques, et majeures dans les défenses immatures : « Il existe une relation inverse entre le niveau de maturité des défenses et l'importance de la distorsion cognitive » (p. 11).

Parallèlement, la psychologie cognitive, en redécouvrant l'existence de processus mentaux inconscients, « a fourni une base importante pour l'étude des processus cognitifs impliqués dans le fonctionnement des mécanismes de défense » (Cramer, 2000, p. 639). Cramer cite :

- la mémoire implicite, où l'activation non consciente d'informations mémorisées influence la remémoration consciente et le jugement ;
- la prise de décision en dehors de la conscience, en particulier les processus d'inférence ou d'attribution non conscients ;
- l'attention sélective et, en particulier, la possibilité de l'attention d'être divisée entre deux stimuli, l'un reconnu consciemment et l'autre non reconnu, cependant analysé et susceptible d'influencer le comportement, cette division de l'attention pouvant, selon Cramer, contribuer au clivage et à la dissociation ; cette division de l'attention paraît également avoir une place importante dans le déni.

7.2 Les processus de coping en tant que processus cognitifs

Parallèlement à cette reconnaissance des aspects cognitifs de la défense, l'accent a été mis sur la dimension cognitive du coping, dans une démarche suivant l'importance croissante de l'approche cognitive dans le mouvement

comportementaliste. Une dichotomie semblable a été proposée pour le coping : ont été distingués le coping centré sur le problème, dont les ressorts sont essentiellement cognitifs et le coping centré sur l'émotion (*cf.* Lazarus, 1975).

8. Traits ou états

Les mécanismes de défense sont considérés comme des traits de personnalité et les processus de coping comme des états liés à la situation. Ceci implique une plus grande variabilité dans le temps du coping, comparé aux défenses. Toutefois une convergence se manifeste là aussi : les mécanismes de défense peuvent apparaître dépendants de l'état symptomatique alors que des liens ont été montrés entre le coping et des variables stables de la personnalité.

9. Défense et coping : une vision unitaire réductrice

Ces convergences ont abouti à des définitions de la défense et du coping proches, voire communes. Ainsi, Cohen et Lazarus (1979) ont défini le coping comme « les efforts, à la fois orientés vers l'action et intrapsychiques, pour gérer (maîtriser, tolérer, réduire, minimiser) les exigences environnementales et internes, et les conflits entre elles » (p. 219). Cohen (1987) considère que cette définition avait l'intention d'être large, incluant à la fois défense et coping. Cohen et Lazarus ont, en effet, identifié cinq modes de coping :

- la recherche d'information ;
- l'action directe ;
- l'inhibition de l'action ;
- la recherche de soutien social ;
- et les processus intrapsychiques.

Les processus intrapsychiques, qui comprennent par exemple la réévaluation de la situation, incluent, selon Cohen (1987), « ces processus qui traditionnellement sont appelés défenses » (p. 285).

Cependant, cette assimilation globale des mécanismes de défense et du coping peut apparaître excessive (*cf.* Bonsack *et al.*, 1998). L'existence de

zones de chevauchement, de processus mentaux partageant des caractéristiques de la défense et du coping, offre un champ d'investigation intéressant à la recherche clinique, mais ne remet pas en question le caractère heuristique de la distinction entre défense et coping. En revanche, le degré d'entremêlement des mécanismes de défense et des processus de coping rend maintenant souhaitables des études conjointes de ces deux aspects du fonctionnement du moi en réponse aux conflits et aux stress internes et externes. Étudier ou présenter les uns indépendamment des autres ne paraît plus adéquat.

Partie 1

Les mécanismes de défense

Chapitre 1

**Les mécanismes de défense :
classification, mécanismes
matures et névrotiques**



Sommaire

1. Classification des mécanismes de défense	30
2. Le niveau adaptatif élevé ou défenses matures	33
3. Le niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis : les défenses névrotiques	43

Il n'existe pas de consensus sur le nombre de mécanismes de défense : ainsi, Laplanche et Pontalis en décrivent 17, Bergeret, 25, Bibring et Valenstein, 43, etc. (Ionescu *et al.*, 1997). L'affirmation de Schafer (1954) est toujours actuelle : « Il ne peut y avoir de listes "exactes" ou "complètes" de mécanismes de défense, mais seulement des listes variant dans leur exhaustivité, dans leur consistance théorique interne, et dans leur utilité pour ordonner l'observation clinique et les données de la recherche » (p. 161).

Cette constatation renvoie à la variété, l'hétérogénéité, la complexité, l'extension des mécanismes de défense : « Il n'y a pas une de nos attitudes, soit attitudes extérieures, conduites manifestes, soit attitudes mentales, intérieures, qui ne puissent avoir de fonctions défensives par rapport à quelque chose [...]. La plupart des mécanismes et processus psychiques peuvent s'avérer des systèmes défensifs » (Widlöcher, 1971, cité par Ionescu *et al.*, 1997). Bien que d'autres fonctions mentales puissent jouer le rôle de défenses, les mécanismes de défense se distinguent en étant spécifiques de cette fonction défensive (Sandler et Freud, 1985).

Ionescu *et al.* (1997) présentent, définissent et discutent 29 mécanismes de défense (activisme, affiliation, affirmation de soi par l'expression des sentiments, altruisme, annulation rétroactive, anticipation, ascétisme de l'adolescent, clivage du moi et clivage de l'objet, contre-investissement, (dé) négation, déni, formation réactionnelle, humour, identification, identification à l'agresseur, identification projective, intellectualisation, introjection, isolation, mise à l'écart, projection, rationalisation, refoulement, refuge dans la rêverie, régression, renversement dans le contraire, retournement contre soi-même, retrait apathique, sublimation).

La classification des mécanismes de défense ne fait pas non plus l'objet d'un consensus : Anna Freud (1936) reconnaissait déjà cette difficulté en évoquant le fait « que nous avons tant de peine à classer et à grouper [les mécanismes de défense] pour en faire une présentation théorique » (p. 58). Ionescu *et al.* (1997), quant à eux, présentent et discutent les différentes classifications.

Il faut souligner que les mécanismes de défense ne sont que des concepts nécessairement réducteurs tentant de rendre compte de certains aspects complexes du fonctionnement psychique. Ionescu *et al.* (1997) soulignent que « le concept de mécanisme de défense est une abstraction théorique »

(p. 24). Vaillant et Drake (1985) considéraient que « les mécanismes de défense sont après tout des métaphores ; ce sont des moyens simples et rapides pour décrire différents styles cognitifs et modes de changer les réalités internes et externes » (p. 601). Il faut se garder de réifier les mécanismes de défense. Les tentatives de classification restent également insatisfaisantes. Elles ont un intérêt pédagogique et heuristique, mais demeurent en partie artificielles et réductrices, et parfois trompeuses.

1. Classification des mécanismes de défense

La classification la plus consensuelle distingue 3 niveaux : les défenses matures, intermédiaires ou névrotiques, et les défenses immatures. Cependant sa pertinence a été remise en question. D'une part, certains travaux suggèrent que les mécanismes de défense s'organisent en une dimension unique, un continuum allant de la défense la plus immature à la plus mature (Rutherford *et al.*, 1998 ; Trijsburg *et al.*, 2000). D'autre part, chaque mécanisme de défense peut être décrit comme constituant un continuum de formes d'intensité croissante, « les formes légères étant communes et hautement fonctionnelles, et les variantes plus sévères étant moins communes et typiquement dysfonctionnelles » (Bowins, 2004).

1.1 La classification de Kernberg

Kernberg (1976) a présenté un type de classification en 3 niveaux, mettant l'accent sur les mécanismes psychologiques sous-tendant les opérations défensives : les défenses matures, les défenses fondées sur le refoulement ou défenses « névrotiques », et les défenses fondées sur le clivage ou défenses distordant l'image.

Les défenses matures comprennent la répression, l'anticipation, l'altruisme, l'humour et la sublimation.

Les défenses névrotiques, fondées sur le refoulement, bannissent de la conscience les aspects conflictuels de l'expérience interne. Elles incluent le refoulement, la formation réactionnelle, la projection névrotique, le déplacement, l'isolation de l'affect, l'intellectualisation.

Les défenses distordant l'image (*image-distorting defenses*), fondées sur le clivage, compartimentalisent ou maintiennent à distance des contenus mentaux conscients qui sont en conflits les uns avec les autres ou dont la proximité provoquerait un inconfort psychologique. Ce groupe comprend le clivage, l'idéalisation primitive, la dévaluation, l'identification projective, le contrôle omnipotent, le déni primitif.

1.2 L'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV

Cette échelle issue d'une réflexion consensuelle d'un groupe de psychanalystes expérimentés a permis l'élaboration d'une terminologie commune, indispensable à la recherche et à la communication scientifiques. Cette échelle est inspirée par les travaux de Bond et de Vaillant, qui ont fortement contribué à convaincre les cliniciens de tous bords de l'importance et de l'utilité de l'évaluation du fonctionnement défensif. Elle reprend, avec des modifications sensibles, la classification hiérarchique proposée par Perry et Kardos (1995) et présentée dans la traduction française des Defense Mechanism Rating Scales (Perry *et al.*, 2004). Ces modifications portent sur le nombre et le type des niveaux défensifs, sur la répartition des mécanismes dans ces niveaux et sur la définition même de certains mécanismes de défense. Ces modifications, issues d'une réflexion consensuelle, nous paraissent des améliorations appréciables. Nous présentons cette échelle, parce qu'elle nous semble la plus satisfaisante à l'heure actuelle. Cette échelle représente une étape importante vers l'intégration de l'approche psychodynamique à la démarche diagnostique. Elle n'est pas le produit d'une étude empirique utilisant une méthode d'analyse factorielle : elle résulte d'un consensus entre cliniciens mettant en commun leurs connaissances et leurs expériences à la fois pour choisir les mécanismes de défense présentés et pour les organiser hiérarchiquement en niveaux défensifs. Elle propose des définitions opérationnelles, claires et concises des mécanismes de défense. Elle permet de coter les mécanismes de défense habituellement utilisés par le sujet et de préciser le niveau de fonctionnement défensif actuel prédominant à partir d'une classification hiérarchique et de définitions opérationnelles des défenses.

Selon le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994), « les mécanismes de défense (ou styles de coping) sont des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de

la prise de conscience des dangers ou des facteurs de stress internes et externes. Souvent, les sujets ne sont pas conscients de ces processus quand ils opèrent» (p. 751). L'apparente assimilation des mécanismes de défense à des styles de coping est ambiguë. Les caractéristiques « automatiques » et non conscientes suggèrent que le DSM-IV se réfère à la définition classique des mécanismes de défense. Vaillant (2000) confirme que l'échelle du DSM-IV décrit des « mécanismes mentaux involontaires » (p. 89). Les mécanismes de défense sont divisés « conceptuellement et empiriquement » en sept niveaux de fonctionnement défensif (DSM-IV, p. 751):

- le niveau adaptatif élevé assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Les défenses habituellement impliquées autorisent la perception consciente des sentiments, des idées et de leurs conséquences. Y sont décrits l'anticipation, l'affiliation, l'affirmation de soi, l'altruisme, l'auto-observation, l'humour, la sublimation, la répression (suppression). Ce niveau inclut des mécanismes qui se rapprochent des processus de coping les plus fonctionnels;
- le niveau des inhibitions mentales ou de la formation de compromis est constitué de défenses maintenant hors de la conscience idées, sentiments, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçants: déplacement, dissociation, intellectualisation, isolation de l'affect, formation réactionnelle, refoulement (*repression*), annulation;
- le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres est représenté par des mécanismes utilisés pour réguler l'estime de soi. Ce sont les défenses narcissiques: dépréciation (*devaluation*), idéalisation, omnipotence;
- le niveau du désaveu est constitué de défenses maintenant hors de la conscience des facteurs de stress, des impulsions, idées, affects ou des sentiments de responsabilité en les attribuant ou non à une cause extérieure (dénî, projection, rationalisation);
- le niveau de distorsion majeure de l'image regroupe des défenses produisant une distorsion majeure ou une confusion de l'image de soi et des autres: rêverie autistique (*autistic fantasy*), identification projective, clivage de l'image de soi et des autres;
- le niveau de l'agir (*action level*) est constitué de défense par l'agir ou le retrait: passage à l'acte (*acting out*), retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet (*help-rejecting complaining*), agression passive;
- le niveau de la dysrégulation défensive est constitué de défenses caractérisées par l'échec de la régulation défensive provoquant une rupture

marquée avec la réalité objective (projection délirante, déni psychotique, distorsion psychotique).

Kernberg considère que cette classification est proche de la sienne, la principale différence étant que le niveau des défenses fondées sur le clivage est scindé dans les niveaux de distorsion mineure et majeure de l'image.

Cette échelle figure dans la version révisée du DSM-IV (DSM-IV-TR), toujours dans la rubrique « Propositions d'axes demandant des études complémentaires » mais elle semble devoir disparaître du DSM-V, au grand regret de Vaillant (2012) qui espère un retour de balancier pour le DSM-VI.

La suite de ce chapitre développera les défenses matures et névrotiques. Dans le chapitre 2 seront présentés les niveaux qui regroupent les défenses immatures.

2. Le niveau adaptatif élevé ou défenses matures

Principal « promoteur » de ce niveau adaptatif élevé, Vaillant (2000) le conçoit comme regroupant de véritables mécanismes de défense nettement distincts des modes de coping fonctionnels. Il insiste sur le fait que les mécanismes de ce niveau sont involontaires et s'activent automatiquement en dehors du contrôle du sujet : « Bien que plus près de la conscience que des mécanismes comme la projection ou le refoulement, les mécanismes matures ne peuvent être volontairement déployés » (p. 92). Il considère que ces mécanismes de défense, qualifiés de matures, sont « supérieurs aux processus de coping volontaires », arguant que ces mécanismes « peuvent réguler notre perception des réalités internes et externes que nous sommes impuissants à changer » (p. 89). Il décrit dans ce groupe l'anticipation, l'altruisme, l'humour, la répression et la sublimation, tous caractérisés par une activation automatique échappant à la volonté du sujet. Le DSM-IV introduit une confusion regrettable en ajoutant à ces mécanismes adaptatifs l'affiliation, l'auto-affirmation et l'auto-observation, qui ne sont pas involontaires, qui ne sont pas des mécanismes de défense et qui correspondent à des stratégies de coping cognitives délibérées parmi les plus fonctionnelles. Nous décrirons succinctement dans ce niveau adaptatif élevé la conception que propose le DSM-IV de ces stratégies de coping.

L'évaluation de ces mécanismes participe au bilan des ressources internes du sujet.

2.1 L'humour

L'humour est une réponse « soulignant les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress » (DSM-IV, p. 755). Le mot *ironic* a été traduit par « ironique » dans les versions françaises du DSM-IV et des Defense Mechanism Rating Scales. Cependant le mot *ironic* a moins de connotations péjoratives que le mot « ironique », et il désigne principalement une forme d'humour liée à un contraste, une opposition entre ce qui est dit et la réalité. L'humour, qui s'applique à soi-même, s'oppose à la moquerie, à la dérision, à la raillerie et au sarcasme, qui s'exercent aux dépens de soi ou des autres et qui sont alors une forme de dévalorisation, visant à rabaisser, à blesser, à humilier : « Le ris malin, le *perfidum ridens*... c'est la joie de l'humiliation d'autrui » (Voltaire). Au contraire, l'humour est altruiste, facilitant les relations positives et le plaisir d'être ensemble : « L'humour tend à relâcher la tension provoquée par le conflit d'une manière qui permet à tout le monde d'en bénéficier » (Perry, 2004).

Pour Vaillant (2000), l'humour est involontaire : « L'humour, comme l'anticipation et la suppression, est un dispositif de faire face si judicieux qu'il devrait être conscient, mais, presque par définition, l'humour nous surprend toujours » (p. 95). Il reprend là la conception de Freud exposée dans *Le Mot d'esprit et sa relation avec l'inconscient* (1905) : l'humour « est lié à une condition, celle de rester préconscient ou automatique », car « le déplacement humoristique est [...] impossible sous l'éclairage de l'attention consciente » (p. 407).

La reconnaissance de la valeur défensive de l'humour à la suite de Vaillant est un retour à Freud qui le considérait « comme la plus haute des réalisations de défense » (1905a, p. 407). En effet, au contraire des autres processus de défense, « corrélats psychiques du réflexe de fuite », l'humour « dédaigne de soustraire à l'attention consciente le contenu de représentation attaché à l'affect pénible » (p. 407). L'humour « supprime [...] en totalité, ou seulement en partie » le développement des affects perturbants (p. 405).

Dans « L'humour » (1927), Freud précise le mécanisme psychologique de l'humour. Le moi se refuse à se laisser contraindre à la souffrance par les situations traumatisantes dont il montre, au contraire, qu'il peut tirer du plaisir, dans une attitude de triomphe narcissique où il affirme son invulnérabilité victorieuse : « L'humour n'est pas résigné, il défie ; il ne signifie pas seulement le triomphe du moi, mais aussi celui du principe de plaisir, qui parvient en l'occurrence à s'affirmer en dépit du caractère défavorable des circonstances réelles » (p. 324). L'humour est rendu possible par la médiation du surmoi qui joue le rôle d'un parent plein de « sollicitude consolatrice » (p. 328) qui rend compte de l'effet « particulièrement libérateur et exaltant » (p. 328) du plaisir humoristique : « Regarde, voilà donc ce monde qui paraît si dangereux. Un jeu d'enfant, tout juste bon à faire l'objet d'une plaisanterie ! » (Freud, 1927, p. 328). Ainsi, alors que « le mot d'esprit serait la contribution au comique que fournit l'inconscient » (p. 327), « l'humour serait la contribution au comique par la médiation du surmoi » (p. 328).

On peut se demander si l'humour ne fait pas coopérer surmoi et inconscient et si cette rare connivence entre les trois instances ne participe pas au sentiment de libération et d'exaltation qui y est lié.

L'humour a été rapproché de la sublimation : « Il m'apparaît comme une défense permettant une sublimation des pulsions agressives, c'est-à-dire une élaboration de ces dernières et des excitations qu'elles génèrent par un canal d'expression socialement valorisé » (de Tychev, 2001, p. 54).

2.2 La sublimation

La sublimation est une réponse aux conflits et aux stress « en canalisant des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (par exemple, les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère) » (DSM-IV, p. 756).

Cette définition propose un double élargissement de la conception classique de Freud, pour qui la sublimation concernait la dérivation de la pulsion sexuelle vers des buts non sexuels socialement valorisés, principalement l'activité artistique et l'investigation ou la création intellectuelles. La définition du DSM-IV étend clairement la sublimation à l'agressivité. Les psychanalystes qui ont coopéré à l'élaboration de cette échelle de

fonctionnement défensif ont apporté là une reconnaissance formelle à la sublimation des pulsions agressives. Le DSM-IV élargit l'expression de la sublimation aux activités positives de la vie quotidienne. Selon Vaillant (2000), la sublimation permet également de lutter contre les affects dépressifs, comme dans l'exemple suivant : « Je lisais beaucoup... j'inventais des histoires, j'écrivais des poèmes aussi... Ça m'aidait quand ça n'allait pas, que j'étais angoissée, déprimée. »

Fenichel (1945) oppose la sublimation, une défense qui « réussit » en faisant cesser la pulsion refoulée, aux « défenses pathogènes », « qui échouent et qui exigent la répétition ou la continuation du processus de défense destiné à empêcher l'émergence des pulsions refoulées » (p. 174) : « Dans la sublimation, la pulsion originelle disparaît parce que son énergie lui est retirée au profit de l'investissement de son substitut » (p. 174). D'une façon générale, dans la sublimation, « le but de la pulsion instinctuelle ou l'objet (ou les deux) est changé sans blocage de la décharge adéquate [...]. Les pulsions sublimées trouvent leur issue, bien que canalisées *via* un itinéraire artificiel » (p. 174-175). La nature des pulsions pouvant être sublimées a fait débat dans la psychanalyse. Classiquement, ce sont les pulsions sexuelles qui peuvent se sublimer et, plus particulièrement, les pulsions partielles (Laplanche et Pontalis, 1967). Fenichel (1945) considère qu'il « est très improbable qu'il existe une sublimation de la sexualité génitale adulte » que Freud avait admise. La sublimation des pulsions agressives a été moins étudiée par la psychanalyse. Si Freud (1918) a énoncé clairement la possibilité de la sublimation du sadisme dans « L'Homme aux loups » (« une nouvelle et meilleure sublimation du sadisme de l'enfant se produit », p. 376), ses successeurs ont habituellement établi des restrictions. Ainsi, Fenichel associe la sublimation des pulsions agressives à celle des pulsions prégénitales : la sublimation concernerait les pulsions prégénitales et des attitudes agressives qui les accompagnent, pourvu qu'elles se soient organisées sous le primat génital : « Si les tendances prégénitales ont été refoulées et restent dans l'inconscient, en rivalité avec le primat du génital, elles ne peuvent être sublimées » (p. 175).

Pour Vaillant (2000), la sublimation « permet une résolution d'un conflit sans conséquences négatives et sans perte de plaisir » (p. 94). La sublimation permet au contraire de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir obtenu par l'activité sublimatoire. Le plaisir de la sublimation, dans ses formes les plus achevées, a un effet libérateur

et exaltant que produit également l'humour. Ce sentiment de libération et d'exaltation traduisait pour Freud le rôle du surmoi dans l'humour (1927) et peut témoigner également de la contribution du surmoi à la sublimation. La similitude entre humour et sublimation, évoquée par Dubor (1973, cité par Ionescu *et al.*, 1997), en tant que dépassement du déplaisir pour le premier et du plaisir sexuel pour le second, peut tenir également à cette coopération harmonieuse du ça, du moi et du surmoi que permet la sublimation. La sublimation ne se contente pas de recueillir l'approbation du surmoi, elle satisfait les trois instances qui collaborent à sa réussite.

S'il existe en général un défaut de sublimation, signe de faiblesse du moi, dans les pathologies mentales, la question a été posée de la possibilité d'un excès de sublimation évoqué par Freud (1908).

La sublimation qui est plaisante, épanouissante, est à distinguer des activités compulsives, des dépendances au travail et au sport (addiction au travail et au sport), où le sujet éprouve un sentiment de contrainte, et d'une fuite dans l'activisme comme modalité du coping évitant (« Je bosse comme une malade, c'est un refuge » ; « Ma seule façon de ne pas penser de trop, c'est de travailler, de travailler »).

2.3 L'anticipation

L'anticipation est décrite dans le DSM-IV comme une réponse « aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes » (DSM-IV, p. 755). L'anticipation comme réponse à la perception d'un danger futur présente deux composantes : l'anticipation émotionnelle, où le sujet éprouve les émotions par avance, et une anticipation cognitive, où il prévoit les difficultés liées à un événement futur et s'y prépare. L'anticipation émotionnelle est l'activation involontaire d'un affect qui permet au sujet de s'y habituer et qui le motive pour se préparer à faire face à la situation difficile prévue. L'anticipation émotionnelle est un véritable mécanisme de défense, alors que l'anticipation cognitive est une stratégie délibérée recoupant le concept de coping vigilant où le sujet focalise son attention sur le problème pour le prévenir ou le contrôler.

L'anticipation, mécanisme adaptatif, reste réaliste et est à distinguer de l'anticipation anxieuse, où le sujet éprouve une anxiété importante qui est renforcée par des pensées exagérant les difficultés (« J'ai tendance à dramatiser les choses, à souffrir avant pour être sûr d'assumer quand je suis en face »). Cette anticipation anxieuse, loin de préparer le sujet à affronter la situation, peut entraîner des réponses dysfonctionnelles comme une attitude d'évitement.

En psychopathologie, l'anticipation est particulièrement déficiente chez les personnalités psychopathiques, ou personnalités antisociales, qui se caractérisent par l'impulsivité et l'incapacité de prévision. D'où des décisions, des comportements impulsifs, sans penser aux conséquences pour soi et pour les autres.

2.4 La répression

La répression (mise à l'écart, évitement) est une réponse aux conflits et stress « en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles » (DSM-IV, p. 757). Ces éléments perturbants sont écartés dans le préconscient et restent accessibles. La répression peut être assimilée à un oubli réversible et fonctionnel. Vaillant (2000) considère que la répression « n'est pas une stratégie cognitive consciente » (p. 94) : « La répression implique la décision semi-consciente de renvoyer à plus tard le fait de porter de l'attention à une pulsion et/ou un conflit conscient » (p. 94).

L'oubli apparaît souvent automatique, de même que le rappel qui se produit au moment adéquat, dans les formes de répression les plus fonctionnelles. C'est un mécanisme transitoire que le moi utilise avec souplesse en fonction des circonstances et qui ne le détourne pas de la résolution du problème qui est seulement remise à un moment plus opportun.

La répression peut être rapprochée du style de coping évitant où le sujet se détourne de la source du stress ; elle est voisine d'une stratégie d'évitement adaptée.

La répression est efficace pour faire face aux événements de la vie quotidienne, mais se révèle insuffisante pour des conflits ou des stressors trop

intenses. Freud a évoqué la possible évolution de la répression au refoulement dans le cas d'un événement traumatique où l'oubli volontaire ne peut rester conscient, le souvenir n'étant plus « remémorable ».

La répression des sentiments est un mécanisme souple qui doit être distingué d'une répression excessive conduisant à une inhibition prolongée et difficilement réversible des sentiments (« Je sens que j'ai besoin de pleurer et j'y arrive pas, je contrôle trop »). Cette répression excessive correspond à la définition par Freud de la répression d'un affect, opération par laquelle l'affect est inhibé, voire supprimé « de sorte qu'on ne retrouve plus rien de lui » (Freud, 1915). Chez les sujets chez qui ce mécanisme de répression est prédominant, il s'agit d'un « refus de la pulsion » (Green, 1985), d'un « dysfonctionnement majeur » de la répression (Wainrib, 2001) que cet auteur nomme « répressivité » ou « sur-répression » (p. 123), « visant à effacer toute trace d'un corps désirant » (p. 125). Wainrib en donne comme exemple le cas de Fritz Zorn, mort d'un cancer à 32 ans, condamné par un milieu familial aliénant à « se réprimer à mort » (p. 130).

2.5 L'altruisme

L'altruisme est une réponse aux conflits et aux stressseurs, internes ou externes, « par le dévouement aux besoins des autres ; à la différence du sacrifice de soi qui est parfois caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications soit directement par la réponse des autres, soit indirectement par procuration » (DSM-IV, p. 755). Pour Vaillant (2000), « quand il est utilisé à la transformation d'un conflit, l'altruisme implique obtenir du plaisir en donnant aux autres ce que nous aimerions recevoir » (p. 92). Le sujet obtient une satisfaction de besoins pulsionnels ou narcissiques en participant à celle d'autrui, auquel il s'identifie. On peut ajouter la satisfaction apportée par l'approbation du surmoi. Pour Vaillant (2000), l'altruisme est un mécanisme automatique qui ne peut être « volontairement déployé » (p. 92) : « Personne n'est plus transparent, que quelqu'un qui essaie de se servir de l'humour ou de l'altruisme » (p. 92).

L'altruisme n'est pas toujours facile à distinguer du pseudo-altruisme, que Bond classe dans les mécanismes névrotiques. Le pseudo-altruisme prend trois aspects principaux :

- Il peut n'être que le simulacre de l'altruisme : le sujet aide les autres ou fait semblant de les aider mais il poursuit inconsciemment un but intéressé ; il va être le principal bénéficiaire de son comportement ; ses besoins personnels inconscients priment les besoins réels de l'autre ; l'attitude pseudo-altruiste masque la volonté inconsciente de manipulation et de contrôle de l'autre ; ainsi le pseudo-altruisme peut-il résulter de la projection sur autrui de besoins instinctuels interdits qui vont être satisfaits substitutivement ; le sujet s'efforce d'aider autrui à satisfaire ses pulsions : Anna Freud (1936) donne l'exemple d'une célibataire, paraissant avoir abandonné toute volonté de séduction, qui prenait un vif intérêt à la vie amoureuse de ses amies et qui adorait jouer l'entremetteuse.
- Le pseudo-altruisme peut résulter d'une formation réactionnelle contre l'agressivité qui opère « une transformation de l'égoïsme en altruisme, de la cruauté en pitié » (Freud, 1915b, p. 243) : « La plupart des apôtres de la pitié, des philanthropes, des protecteurs des animaux ont fait preuve, dans l'enfance, de penchants sadiques » (*ibid.*, p. 244).
- Le pseudo-altruisme peut, au travers du sacrifice de soi, exprimer un masochisme moral ; le sacrifice de soi peut être un moyen de contrôle de l'autre par la culpabilité.

L'altruisme et le pseudo-altruisme peuvent être considérés comme des expressions des mécanismes de réparation décrits par Mélanie Klein. La réparation est une activité du moi visant à restaurer un objet aimé, extérieur ou intérieur, qui a été endommagé par les pulsions destructrices. La réparation apparaît pendant la position dépressive comme une réaction de défense contre les angoisses dépressives et la culpabilité. Mélanie Klein distinguait la réparation vraie de la réparation maniaque.

La réparation vraie, fondée sur un processus de deuil, sur la reconnaissance de la perte et de la souffrance psychique, est un mécanisme important pour le développement du moi et son adaptation à la réalité. Elle peut se manifester dans le véritable altruisme.

La réparation maniaque participe aux défenses maniaques contre les angoisses dépressives, la culpabilité et la perte. Elle s'appuie sur un déni de la perte et de la culpabilité et sur une relation d'objet caractérisée par le triomphe, le contrôle et le mépris. Elle peut sous-tendre des conduites pseudo-altruistes marquées par le contrôle, le mépris et l'agressivité.

2.6 L'auto-observation

L'auto-observation est une réponse aux conflits et aux stress par une réflexion sur ses propres pensées, sentiments, motivations et comportements permettant une réponse appropriée (DSM-IV, p. 757). Le sujet « est capable de se voir lui-même comme il est vu par autrui dans ses relations interpersonnelles et se trouve donc mieux à même de comprendre les réactions d'autrui à son égard » (Perry, 2004). L'auto-observation recouvre les capacités d'introspection ou observation d'une conscience individuelle par elle-même. C'est une activité volontaire qui se classe dans les stratégies de coping cognitives.

L'auto-observation est un processus complexe auquel plusieurs aptitudes cognitives contribuent :

- la capacité à percevoir et à reconnaître ses sentiments, qui peut être altérée par le déni ou un déficit spécifique, l'alexithymie, où le sujet a des difficultés à différencier et à nommer les sentiments qu'il éprouve ;
- la capacité à percevoir ses pensées, qui peut être altérée par le déni ou par certains fonctionnements cognitifs comme, par exemple, dans les dépressions, les pensées dysfonctionnelles qui sont souvent automatiques et peu accessibles à la conscience ;
- la capacité à observer de façon objective ses comportements, en particulier les comportements de communication, qui peut être perturbée par le déni ;
- la capacité à analyser ses comportements, sentiments, pensées, pour reconnaître ses motivations, identifier les conflits, les formuler clairement ; cette aptitude peut être amoindrie par diverses déficiences ou distorsions comme la rationalisation ou l'intellectualisation.

L'auto-observation est particulièrement déficiente chez les personnalités limites ou psychopathiques et dans les psychoses. Développer le moi-observateur est objectif thérapeutique dans les psychothérapies analytiques des personnalités limites (Kernberg, 1984).

2.7 L'affiliation ou la capacité de recours à autrui

L'affiliation est une réponse aux conflits et aux stress « en se tournant vers les autres pour chercher de l'aide ou du soutien. Ceci implique un partage

des problèmes avec les autres mais non de les en rendre responsables » (DSM-IV, p. 755). Le sujet confie ses préoccupations, ses sentiments d'une façon non contraignante et non intrusive. L'affiliation est à distinguer de la recherche d'une attitude de dépendance régressive où le sujet adopte une position passive et attend de l'autre qu'il le plaigne ou le prenne en charge.

L'affiliation s'assimile à une composante du coping vigilant, la recherche de soutien social face à un problème dont elle représente l'une des modalités les plus adaptatives.

2.8 L'affirmation de soi par l'expression des sentiments

L'affirmation de soi par l'expression des sentiments ou auto-affirmation (*self-assertion*) est une réponse aux conflits émotionnels et aux stress « par l'expression franche de ses sentiments ou ses pensées de manière non contraignante ou manipulative » (DSM-IV, p. 756).

Cette stratégie de coping recouvre en partie d'autres processus :

- l'affiliation, où le sujet confie ses préoccupations, ses sentiments à un autre ;
- l'abréaction, décharge émotionnelle qui, par un effet de catharsis, libère le sujet d'un affect et permet de réduire son potentiel pathogène ; l'abréaction peut se faire par le langage par lequel l'homme trouve un substitut à l'acte (Freud, 1895) ;
- l'affirmation de soi dans les conflits interpersonnels, qui se caractérise par une façon d'exprimer ses sentiments et ses besoins avec une volonté de respecter les droits d'autrui et de chercher une solution constructive au problème, la personne communiquant clairement, calmement et au moment approprié pour qu'il y ait possibilité d'entente.

L'affirmation de soi par l'expression des sentiments est déficiente en particulier dans les phobies sociales où le sujet peut en avoir une conscience douloureuse. L'affirmation de soi dans les conflits interpersonnels est déficiente, en particulier dans les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent, dans la personnalité psychopathique et dans les troubles conjugaux. L'approche cognitive-comportementale a développé des moyens spécifiques pour faire acquérir au sujet ces aptitudes.

3. Le niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis : les défenses névrotiques

Ce niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis, qui correspond à la notion des défenses névrotiques, est constitué de défenses maintenant hors de la conscience des idées, des sentiments, des souvenirs, des désirs ou des craintes potentiellement menaçants. Ces défenses altèrent la réalité interne, mais sans distorsion importante de la réalité externe. Ces défenses sont utilisées de façon prédominante par le sujet dit « névrotique ». La plupart d'entre elles font également partie du répertoire des mécanismes de défense employés par les sujets « non cliniques » (exempts de tout trouble psychopathologique significatif). Les défenses intermédiaires/névrotiques « sont utilisées par tout le monde, en particulier aux périodes difficiles de la vie » (Bowins, 2004, p. 9) et il existe un niveau sain, adaptatif, d'utilisation de ces défenses.

3.1 Le refoulement

Le refoulement (*repression*, en anglais) est une réponse aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes « en expulsant de sa conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes. La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées » (DSM-IV, p. 756). L'affect peut être déplacé, isolé ou refoulé. Dans la théorie psychanalytique classique, le refoulement ne porte pas sur l'affect (Laplanche et Pontalis, 1967). D'autres, comme Anna Freud (1936), admettent le refoulement de l'affect : « Le refoulement consiste en une rétention ou en un rejet, hors du moi conscient, d'une représentation ou d'un affect » (p. 49).

En clinique, le refoulement peut « se trahir par des vides », par l'absence de réponses « auxquelles on s'attendrait comme à des réactions appropriées à la réalité » (Fenichel, 1945, p. 184) : le clinicien n'observe pas les idées, sentiments ou attitudes qu'il s'attendrait à retrouver selon la conception que l'on peut se faire du normal :

« Si, par exemple, une petite fille est décrite par ses parents comme un petit être affectueux, ne demandant rien et ne se plaignant de rien,

l'analyste notera l'absence apparente d'avidité et d'agressivité qui sont des traits normaux de l'enfant. Quand les parents soulignent l'amour qu'un aîné "porte au bébé", l'analyste recherchera ce qu'est devenue la jalousie absente » (A. Freud, 1965, p. 11).

Le refoulement peut aussi se manifester par une absence de souvenirs, comme, par exemple, l'absence totale de souvenirs de l'enfance et de la préadolescence. Ces oublis massifs apparaissent liés à un conflit psychologique. Ils manifestent « une tendance à refouler tout événement relié de manière associative aux éléments refoulés » (Fenichel, 1945, p. 184). Ainsi un sujet ne se souvient pas de la période du divorce de ses parents : « Ça devait être entre 9 ans et 13 ans, mais je me rappelle plus... pendant des années, j'ai dit que le divorce de mes parents s'était bien passé, mais, en fait, je ne me rappelle de rien... » En thérapie peut se produire l'émergence de souvenirs oubliés depuis longtemps, souvent à la surprise du sujet : un sujet se souvient de moments de tensions conjugales qu'il avait oubliés : « Je l'avais complètement enfoui, je pense que je l'avais enfoui pour ne pas détruire le couple. »

Le refoulé, bien qu'il ne soit pas accessible à la conscience, reste toujours actif et nécessite un contre-investissement permanent, une consommation incessante d'énergie psychique. La dépense continuelle d'énergie que réclame le maintien du refoulement peut se manifester par de la fatigue, de l'inhibition, un appauvrissement général de la personnalité.

L'insuffisance ou la défaillance du refoulement permettent le « retour du refoulé » sous forme d'actes manqués, de rêves, de déplacement ou de projection, de symptômes névrotiques :

- les actes manqués, lapsus, montrant des pensées, des sentiments, des intentions en contradiction avec les contenus conscients ;
- les rêves révélant clairement des désirs, des pulsions, des sentiments, des pensées, différents de ce que le sujet éprouve dans la vie diurne (une femme s'étonne d'avoir rêvé qu'elle trompait son mari, alors qu'elle nie en avoir le désir conscient. Plus tard, elle admet son désir, qu'elle relie à son insatisfaction sexuelle : « On n'a pas de vie sexuelle, je n'éprouve pas de désir pour mon mari ») ;
- ce qui est insuffisamment refoulé peut être déplacé ou projeté ;
- des symptômes névrotiques : « Le refoulement devient la base d'une formation de compromis et de névroses » (A. Freud, 1936, p. 48). Ainsi, une jeune mère se plaint de phobies d'impulsion dans le post-partum. Elle

craint de laisser tomber le bébé ou de le frapper avec un couteau ou des ciseaux. Elle s'étonne de ces impulsions, qu'elle qualifie de monstrueuses et qui contrastent avec une attitude affective positive permanente envers le bébé. Elle se montre patiente en toutes circonstances. Tout se passe comme si l'agressivité refoulée faisait retour dans la phobie d'impulsion. Avec le soutien du thérapeute, elle peut tolérer progressivement d'éprouver de la lassitude, puis de l'agacement et de la colère contre le bébé, reconnaissant et acceptant son ambivalence : « Hier... elle a été infernale, pénible... toute la journée dans les bras, elle m'a pesé hier... je suis écartelée entre l'envie d'aimer et l'envie d'être tranquille... je crois que c'est ça qui me donne toutes ces idées monstrueuses... il me semble que j'y vois plus clair... je me rends compte que les idées monstrueuses sont seulement là quand je me sens harcelée par la petite, quand elle me prend tout mon temps parce qu'elle pleurniche. » Parallèlement, les phobies d'impulsion s'atténuent et disparaissent.

Enfin, le transfert peut révéler des aspects refoulés des relations aux parents.

Freud a insisté sur le caractère universel du refoulement : « La science nous dit qu'un tel homme, [...] exempt de tout refoulement, ne se rencontre pas » (Freud, 1932, p. 202) ; « Personne n'échappe au refoulement » (Freud, 1946, p. 55). Le refoulement est un mécanisme essentiel du développement normal chez l'enfant (A. Freud, 1936) et l'adolescent et de la santé mentale de l'adulte. Le refoulement n'est pas pathologique en lui-même. Il existe un refoulement normal. C'est son caractère excessif et massif qui est pathologique, de même que l'insuffisance de la capacité à refouler, observée dans les états limites et les psychoses de l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

Le concept de refoulement a été partiellement validé par les neurosciences. Le neuropsychologue Martin Conway remarque que, si des effets significatifs de refoulement peuvent être générés par d'innocentes expériences de laboratoire, des effets bien plus importants sont probables dans le tourbillon de traumatismes de la vraie vie (Conway, 2001). Cependant, une revue des tentatives de validation empirique du refoulement conclut qu'elles restent insatisfaisantes (Rofé, 2008).

3.2 Le déplacement

Le déplacement est une réponse aux conflits et aux stress « en transférant un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant) » (DSM-IV, p. 755). Perry (2004) rajoute une précision inadéquate en indiquant que « la personne qui a recours au déplacement peut être ou non consciente que l'affect ou la pulsion exprimé envers l'objet était destiné à quelqu'un d'autre ». Si cette conscience est concomitante à l'expression de l'affect, on est en présence d'un processus de coping et non d'un mécanisme de défense.

Le déplacement concerne principalement l'émotion : « L'émotion, qui avait été supprimée vis-à-vis d'un objet, explose vis-à-vis d'un autre objet » (Fenichel, 1945, p. 201). Pensées, désirs, impulsions et réactions peuvent aussi être transférés d'un objet à un autre. Le déplacement permet d'exprimer pleinement une pulsion redirigée vers une autre cible (Perry, 2004). Le mécanisme en jeu est alors proche du passage à l'acte. Les pulsions agressives ou sexuelles peuvent ainsi être transférées et agies sur un autre objet. L'objet substitutif est plus acceptable, moins dangereux et/ou moins conflictuel. Il est fait un usage général du déplacement dans la vie quotidienne, en particulier pour l'agressivité. Ce déplacement peut produire une réaction en chaîne, et on en donne pour exemple un homme qui, après un conflit avec son patron, se montre désagréable avec sa femme, qui gronde son fils aîné, qui va embêter son petit frère, qui va tirer la queue du chat. Le déplacement contribue avec la projection à expliquer le phénomène social du « bouc émissaire ».

Principalement mis en évidence par Freud dans le travail du rêve, le déplacement a « une fonction défensive évidente : dans une phobie par exemple, le déplacement sur l'objet phobique permet d'objectiver, de localiser, de circonscrire l'angoisse » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 119).

Ce mécanisme a été particulièrement évoqué pour les phobies d'animaux, dont le cas le plus célèbre est celui du petit Hans, dont la peur du père est déplacée sur le cheval. Le danger interne est externalisé et devient une menace externe. Ce déplacement permet de circonscrire la peur à une situation évitable et de résoudre un conflit d'ambivalence : si l'enfant ne se sent plus menacé par son père, il peut éviter de le haïr, ce qui diminue sa peur de la rétorsion et sa culpabilité. Cette externalisation d'un danger interne est le modèle psychanalytique des phobies.

Le déplacement peut se faire aussi sur une personne, un objet matériel ou encore une situation.

Le déplacement peut concerner une autre personne. Ainsi le déplacement de la peur et de la haine de l'objet œdipien peut-il s'opérer sur une autre personne : Anna Freud (1936) donne l'exemple d'une fillette qui haïssait toujours un personnage féminin sur qui elle déplaçait les sentiments d'hostilité à l'égard de sa mère, réduisant ainsi les sentiments de culpabilité. Une adolescente se plaint d'un enseignant : « Le prof de maths, je le hais, il est bête, parce qu'il m'énerve, j'ai envie de le tuer chaque fois que je le vois. » Cette vindicte contraste avec l'absence totale de ressentiment contre son père qui la délaisse pourtant totalement depuis son divorce. Elle en vient spontanément à les comparer : « Ils ont le même caractère, ils sont tous les deux grands, ils ont le même prénom, ils ont tous les deux des lunettes, ils s'habillent pareil, ils essaient tous les deux d'avoir raison et ils m'énervent. » La colère à l'égard du père put ensuite être abordée. Les désirs œdipiens sont souvent déplacés : « J'ai l'impression que le garçon avec qui j'ai eu une histoire [...] et qui était vraiment bien, et en réfléchissant, je crois qu'il ressemblait à mon grand-père [rires], et tous ceux qui ressemblent à mon grand-père, je les trouve supers et ils me font vibrer... mais vraiment. » Les situations sociales et familiales de la vie quotidienne donnent souvent l'exemple du déplacement des affects surtout agressifs. Pour Joan Riviere (1937), le déplacement est à l'origine de ce fait social si commun qu'est le bouc émissaire : « En attribuant le mal à d'autres qui sont loin de nous, ou tout au moins à une distance respectable, [...] peut-être des étrangers, des capitalistes, des prostituées, ou bien une race particulièrement détestée », nous pouvons « décharger la haine et la vengeance visant [...] la personne dont on dépend, cette personne qui peut en même temps être également aimée et désirée » (p. 23). Dans l'anorexie et la boulimie de l'adolescente, les conflits sexuels et les conflits de dépendance sont déplacés en partie sur la nourriture, ce qui rend tolérable la dépendance aux parents.

Le déplacement peut se faire sur un objet inanimé : ainsi, la peur de la dépendance au thérapeute peut être déplacée sur le psychotrope qu'il prescrit ; un sujet projette sa colère contre le thérapeute, mais au lieu de craindre que le thérapeute soit en colère contre lui, du fait d'un déplacement, il craint qu'un tableau, situé au-dessus du divan, ne tombe et ne le blesse. Joan Riviere (1937) donne l'exemple « d'une femme qui pense qu'elle n'a plus

“rien” à se mettre, que tous ses vêtements sont “finis”, usés et laids », déplaçant sur eux sa vision négative d’elle-même et « sa crainte la plus profonde de ne pas avoir assez de vie en elle » (p. 25).

Le déplacement peut s’opérer sur une autre situation : une petite fille est victime d’un accident de voiture avec une amie et sa mère. Toutes trois sont hospitalisées. Pendant que l’on soigne la mère et sa fille, cette petite fille moins gravement blessée attend seule dans une salle d’urgence où elle fait l’admiration du personnel par son calme apparent. Quelques jours plus tard, rentrée à la maison, elle se fait un « bobo » mineur et sanglote, inconsolable pendant plus de deux heures.

3.3 La formation réactionnelle

Une formation réactionnelle est une réponse aux conflits et aux stress « en substituant à des pensées ou à des sentiments inacceptables, d’autres comportements, pensées ou sentiments qui leur sont diamétralement opposés (ce mécanisme est habituellement associé au refoulement) » (DSM-IV, p. 756). La formation réactionnelle vient renforcer le refoulement par le contre-investissement d’attitudes opposées au désir refoulé. Dans la formation réactionnelle, l’idée et l’affect sont refoulés et remplacés par leurs contraires (Caligor *et al.*, 2007).

Les formations réactionnelles peuvent être localisées comme dans le cas de « l’inquiétude excessive que manifeste un petit garçon “quand son père doit quitter la maison le soir ou par temps de brouillard” » qui « indique à coup sûr des souhaits de mort refoulés ». Le désir de mort serait refoulé et remplacé par son contraire, la peur de la mort du père. Même chose pour l’enfant anxieux, à l’écoute, la nuit, de la respiration de ses frères et sœurs qui, par inadvertance du hasard, « pourraient mourir au cours de leur sommeil » (A. Freud, 1965, p. 11).

Les formations réactionnelles peuvent être durables mais limitées à une relation ou à une catégorie de relation : par exemple, « la haine contre une personne aimée est refrénée par un surcroît de tendresse et d’appréhension anxieuse à son égard » (Freud, 1926, p. 86). Ainsi, une surprotection peut être une formation réactionnelle contre l’agressivité à l’égard d’un enfant. Freud (1926) citait l’exemple de la « femme hystérique qui traite ses enfants

qu'au fond elle hait avec une tendresse excessive » (p. 86). Une jeune femme est perturbée par des rêves incestueux : « Je fais des rêves sexuels avec mon frère, ça me met mal à l'aise pendant des jours. » Elle les oppose spontanément à son attitude consciente de répulsion physique à l'égard de son frère : « Je n'ai jamais embrassé mon frère. » Cette répulsion physique est une formation réactionnelle contre des désirs incestueux.

Les formations réactionnelles peuvent être généralisées et se manifester par un trait de caractère. La structure de la personnalité a changé : « La propreté et le sens de l'ordre du compulsif qui lutte, par ces traits de caractère, contre ses exigences instinctuelles de saleté et de désordre, en sont un exemple » (Fenichel, 1945, p. 187). Par exemple, l'agressivité contre le père peut conduire à un trait de personnalité réactionnel marqué par une attitude sociale générale de soumission. Un homme qui montrait toujours une attitude très douce et très prévenante avec les femmes est bouleversé par un rêve où il tue une prostituée avec un marteau ; l'analyse montra que la prostituée représentait sa mère et que son attitude générale envers les femmes était une formation réactionnelle. Cette formation réactionnelle apparaît comme la généralisation d'une défense dirigée à l'origine contre une menace spécifique. Elle devient une défense caractérielle qui se distingue d'un symptôme par sa relative intégration au moi dont témoigne la méconnaissance de l'aspect pathologique du trait de caractère qui peut être rationalisé. Le caractère obsessionnel est l'exemple le plus classique d'une personnalité organisée par des formations réactionnelles.

Les formations réactionnelles ont un rôle important dans le développement normal, en particulier à la phase de latence : « Les sentiments de honte, de dégoût, de pitié ne peuvent être acquis par l'enfant qu'au prix de luttes internes contre l'exhibitionnisme, le plaisir de souiller et la cruauté » (A. Freud, 1965, p. 11-12) ; « La timidité et la pudeur sont des formations réactionnelles, et comme telles, elles constituent le renversement complet de tendances initiales exhibitionnistes » (*ibid.*, p. 13) ; « Il est permis de dire que la disposition sexuelle de l'enfant crée, par formation réactionnelle, un grand nombre de nos vertus » (Freud, 1905b, p. 157). Il existe un niveau sain de formation réactionnelle. Les dysfonctionnements peuvent être liés à un excès d'usage de formation réactionnelle, mais aussi à une insuffisance des formations réactionnelles qu'on peut rencontrer, par exemple, chez certains sujets affectés d'un trouble de la personnalité limite ou antisocial.

La distinction entre formation réactionnelle et sublimation peut être difficile, car toutes deux peuvent substituer des conduites socialement valorisées à des désirs ou à des impulsions inadéquats. Reich (1933) discute l'exemple du travail : l'activité réactionnelle a un caractère compulsif, contraignant, figé alors que la sublimation est créative, spontanée et procure du plaisir. Un exemple de travail réactionnel est donné par un sujet constatant qu'il avait besoin d'éprouver de la peine pour avoir le sentiment d'avoir fait un bon travail : « Il faut que j'aie l'impression d'avoir souffert pour l'avoir fait. » Fenichel (1945) ajoute un critère d'efficacité : « Tandis que la sublimation d'une exigence instinctuelle en une fonction du moi augmente l'efficacité de cette fonction, une formation réactionnelle dirigée contre une fonction "sexualisée" diminue obligatoirement cette efficacité » (p. 189) : « Pour rendre claires les relations entre la formation réactionnelle et la sublimation, comparons un enfant qui apprend à écrire et qui aime beaucoup cela, un enfant qui a une inhibition à écrire, un enfant qui écrit de façon très contrainte et méticuleuse, un enfant qui gribouille. Tous, ils ont transféré des envies instinctuelles anales sur l'écriture. Chez le premier enfant, une sublimation s'est produite ; il ne veut plus barbouiller mais écrire. Les autres enfants n'ont pas réussi à canaliser cette pulsion. Ils sont forcés de l'inhiber au moyen d'un contre-investissement, ou de se mécaniser dans des formations réactionnelles, ou même de conserver inchangée la pulsion originelle » (p. 189).

3.4 L'annulation

L'annulation est une réponse à des conflits et des stress « en utilisant des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables » (DSM-IV, p. 757). Le sujet peut recourir à une pensée ou à un comportement ayant une signification opposée : « Il se fait quelque chose de positif qui, de façon réelle ou magique, est le contraire de quelque chose qui, encore une fois réellement ou imaginativement, s'était fait avant » (Fenichel, 1945, p. 190).

L'annulation rétroactive est un mécanisme particulièrement employé dans la névrose obsessionnelle où elle est souvent liée à la pensée magique. Elle est évidente dans les rituels expiatoires succédant à des pensées agressives ou sexuelles, vécues comme inacceptables : après l'irruption d'obsessions sexuelles, un adolescent récitait des dizaines de prières. En psychopathologie de la vie quotidienne, on la voit compenser une attitude ou des propos

agressifs : un sujet, après s'être plaint amèrement des attitudes de sa grand-mère à son égard et avoir parlé d'elle en termes très négatifs, ajoute « mais sinon, elle est gentille, sinon... elle gentille ».

3.5 L'isolation

L'isolation est une réponse à des conflits ou à des stress « en séparant les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (par exemple : un événement traumatique), alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (par exemple : des détails descriptifs) » (DSM-IV, p. 756). L'isolation de l'affect peut être formulée comme un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation. Si, selon Laplanche et Pontalis (1967), le refoulement ne porte pas sur l'affect et ne concerne que les représentations de la pulsion (p. 395), l'isolation de l'affect et le refoulement sont fondamentalement liés pour Fenichel (1945). Freud (1909) relie également l'isolation au refoulement de l'affect dans « L'homme aux rats » : « Au lieu de faire oublier le traumatisme, le refoulement l'a dépouillé de sa charge affective, de sorte qu'il ne reste, dans le souvenir conscient, qu'un contenu représentatif indifférent et apparemment sans importance » (p. 226).

L'isolation de l'affect s'associe souvent au déplacement : le sujet « peut rester calme en parlant des événements les plus émouvants, mais peut ensuite montrer une émotion incompréhensible à un tout autre point de son récit, sans avoir conscience du fait que l'émotion a été déplacée » (Fenichel, 1945, p. 193). Une psychologue parle avec calme de son expérience pourtant éprouvante d'intervention intensive auprès des victimes de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, puis elle éclate en sanglot en évoquant les dégâts matériels de son université.

L'isolation de l'affect peut s'observer comme défense normale face à la survenue d'un événement traumatique où sa fonction adaptative est souvent évidente. Ce mécanisme est proche de la dissociation. L'isolation peut persister à distance, liée à une absence d'élaboration psychique, et s'intégrer aux symptômes d'un état de stress post-traumatique. Ainsi, les enfants maltraités peuvent, devenus adolescents ou adultes, évoquer les sévices subis sans émotion et peuvent ne pas se souvenir des émotions de terreur, de détresse et d'impuissance qu'ils ont pu éprouver. Cette isolation

pourrait faciliter la répétition transgénérationnelle. À l'inverse, le souvenir de la souffrance réduirait ce risque.

L'isolation de l'affect peut se manifester lors de la perte d'un être cher et peut se prolonger, retardant ou bloquant le travail de deuil : après la perte de son père, un sujet se dit « complètement bloqué, pas arrivé à pleurer, pas vraiment de sentiments... Toujours pas d'émotion, toujours là à me dire, c'est pas possible quoi ! ».

L'isolation de l'affect peut être un mécanisme de défense permanent des névroses obsessionnelles rendant compte de leur fréquent « vide émotionnel ».

3.6 La dissociation

La dissociation est une réponse aux stress et aux conflits par « une altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensorimoteur » (DSM-IV, p. 755). Elle permet de se détacher d'une réalité interne ou externe pénible, douloureuse ou insupportable. Elle est une défense majeure contre le stress.

La dissociation s'inscrit dans un continuum allant du normal au pathologique (*e. g.* Dell et O'Neil, 2009 ; Oathes et Ray, 2008). À l'extrémité normale du continuum, la dissociation explique des expériences banales comme, par exemple, la rêverie lors d'une activité ennuyeuse poursuivie automatiquement. À l'extrémité pathologique se trouvent les troubles dissociatifs. Entre les deux se situent des phénomènes dissociatifs non pathologiques, comme certains états de conscience modifiés ou épisodes mineurs de dépersonnalisation.

La prévalence élevée des manifestations de la dissociation dans la population générale, en particulier des formes les plus légères (*e. g.* Ross *et al.*, 1990), suggère que la dissociation est un mécanisme de défense majeur (Bowins, 2004). Par exemple, environ la moitié des adultes ont vécu un épisode de dépersonnalisation à un moment de leur vie, en général en réaction à un stress intense, une période de fatigue ou de carence de sommeil. Dans un échantillon de jeunes adultes français, 13 % des sujets atteignaient

ou dépassaient le score seuil pour la dissociation pathologique (Moyano *et al.*, 2001). La tendance à se dissocier dans la vie quotidienne est variable suivant les individus, en fonction des expériences de vie et d'une prédisposition génétique. Elle varie aussi avec l'âge : les manifestations de la dissociation sont plus fréquentes chez l'enfant et l'adolescent et diminuent de fréquence avec l'âge.

3.6.1 Les manifestations de la dissociation

Les manifestations principales de la dissociation sont l'absorption dans l'imaginaire, la dépersonnalisation et la déréalisation, l'amnésie.

L'absorption dans l'imaginaire décrit des expériences où les capacités d'attention du sujet sont focalisées exclusivement sur un domaine avec une altération de la vigilance dans les autres domaines : par exemple, être si absorbé dans ses pensées ou une activité qu'on n'entend pas une personne qui nous parle ; regarder un film et être tellement absorbé par l'histoire qu'on n'a pas conscience des autres événements qui se produisent autour ; écouter quelqu'un parler et comprendre soudain qu'on n'a pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit ; ne pas être sûr que les choses dont on se souvient sont réellement arrivées ou si elles ont juste été rêvées ; ne pouvoir se souvenir si on a fait quelque chose ou si on a juste pensé qu'on allait faire cette chose. Les expériences d'absorption dans l'imaginaire peuvent être très plaisantes et s'associer à un agréable sentiment de détente.

La dépersonnalisation est une modification de la conscience de soi qui entraîne la sensation que son propre corps ou sa propre personne sont étrangers ou irréels. Elle peut se manifester par un sentiment d'étrangeté, une impression de bizarrerie intérieure, de perte des limites corporelles, une sensation de vide au niveau de la tête, d'étourdissement, une sensation d'être détaché de soi, d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux, de son corps et de ses comportements (« Sur le moment, je peux pas le croire et c'est plus moi qui suis là. C'est moi physiquement mais mon mental, il est autre part, je sais pas comment expliquer, c'est trop bizarre. Je me vois, je vois la scène, mais pourtant j'y suis pas, j'ai pas l'impression d'y être. Je me vois mais en retrait derrière. Je ne suis plus rien en fait » ; au cours d'un entretien clinique, le sujet dit se sentir tout d'un coup perdu, et incapable de penser, à l'évocation d'un problème à forte charge émotionnelle). La

vigilance est souvent amoindrie. Certaines parties ou la totalité du corps peuvent sembler étrangères ou dévitalisées ou modifiées. Par exemple le sujet peut avoir l'impression que les extrémités de ses membres ont grandi ou diminué, que ses jambes sont en coton. Il peut se sentir mort. Le sujet peut avoir l'impression d'agir mécaniquement comme un automate, de perdre le contrôle de ses paroles, de ses actes, d'être « comme dans un rêve », « comme dans un film » (« Des fois, j'ai l'impression qu'il y a mon corps, il y a moi, mais c'est pas moi qui le contrôle »). L'expérience du détachement peut aller jusqu'à la perception d'avoir quitté son corps et de l'observer agir, souvent en se percevant au-dessus de la scène.

Dans la déréalisation, le sentiment d'étrangeté et d'irréalité concerne la perception du monde extérieur. L'environnement perd sa familiarité et semble changé, devenu insolite, étrange, irréel. Il peut être perçu comme terne, morne, sans couleur, sans vie. L'environnement peut être perçu « comme dans un brouillard », « comme à travers un voile ». Le sujet a l'impression de vivre un rêve (« J'ai l'impression d'être dans un rêve, dans un cauchemar »). Les autres peuvent lui sembler bizarres, parfois « robotisés », parfois désanimés, « sans vie comme des figurines de carton ». Il peut avoir une sensation de « déjà vécu » ou de « jamais vu » (« Une impression d'irréel, de déjà-vu »). L'ensemble des perceptions peuvent être altérées, distordues ou atténuées. Les modifications des modalités sensorielles peuvent être une vision floue, une modification de l'intensité lumineuse, de la perception des couleurs (couleurs atténuées...), un trouble de la perception de l'espace comme une distorsion des distances ou des formes (macropsie, micropsie, monde vu dans deux dimensions, sans profondeur, ni épaisseur...), une modification de l'intensité auditive (sons perçus comme lointains, assourdis, distordus...). La perception du temps peut être modifiée (ralentissement ou accélération de la notion de temps écoulé).

Dépersonnalisation et déréalisation sont souvent concomitantes. Elles surviennent habituellement par crises d'intensité variable. Ces crises de dépersonnalisation sont d'installation rapide, de durée variable, de disparition graduelle. Dépersonnalisation et déréalisation peuvent se manifester de façon plus prolongée ou persistante. La dépersonnalisation peut devenir chronique. L'intensité va de manifestations légères à des symptômes majeurs provoquant une souffrance marquée et une altération nette du fonctionnement.

Les émotions sont souvent émoussées et ce manque de réaction affective à l'environnement contraste avec une détresse qui peut être vive culminant dans le sentiment de sombrer dans la folie ou dans la peur de mourir. Cependant, certains sujets vivent les expériences de dépersonnalisation comme fascinantes (Le Goc-Diaz, 1988). Les formes mineures de dépersonnalisation et de déréalisation peuvent être plaisantes. Le sujet peut rechercher ces vécus positifs en les déclenchant par la consommation de cannabis, par exemple.

Pendant les expériences de dépersonnalisation, le sujet reste lucide et conscient de la nature psychologique de ses symptômes : le sens de la réalité demeure intact (le sujet se sent comme un automate mais sait qu'il n'est pas devenu un automate), à la différence de la schizophrénie où l'appréhension de la réalité est altérée.

Les sujets ont des difficultés à décrire leurs expériences et les rapportent de façon métaphorique, ce qui peut entraîner une confusion entre dépersonnalisation et idées délirantes. Ils utilisent souvent la formule « comme si » : « J'ai eu l'impression qu'une partie de moi était partie, comme si mon âme, mais c'était pas mon âme, enfin, j'sais pas, c'est une image, comme si mon âme était partie de moi » ; « Quand je suis stressée ou quelque chose me tracasse, j'ai l'impression d'être autre part, moi, et ma conscience, mon esprit, mais que mon corps est dans un autre lieu... Comme si on vivait en fait réellement dans un monde parallèle mais qu'en fait on réalise qu'on est dans l'autre monde, dans ce monde-ci. »

L'amnésie dissociative est l'incapacité de se rappeler une information qui concerne un événement stressant ou traumatique de la vie du sujet. Le sujet peut décrire des épisodes amnésiques déclenchés par des stress ou des situations conflictuelles. Le refoulement peut également rendre compte de ces phénomènes amnésiques.

Perry (2004) inclut dans les manifestations de la dissociation des actes impulsifs, « comportement inhabituel exprimant des pulsions à l'état brut ». Il donne l'exemple d'un sujet qui a jeté un verre d'eau à la figure d'un ami et qui déclare ne pas comprendre ce qui l'a poussé à le faire, commentant « ce n'est pas moi du tout ». Perry ne mentionne pas que cette manifestation de la dissociation est difficile à distinguer d'un passage à l'acte avec déni du conflit et des affects négatifs qui l'ont suscité.

D'autres manifestations de la dissociation ont été décrites, en particulier chez l'enfant et l'adolescent (Putnam, 1991). Elles sont souvent liées à des situations difficiles internes ou externes. La dissociation peut s'exprimer par des changements brusques d'affects, de comportement ou de personnalité, par des épisodes de régression brusques, par des fluctuations importantes des aptitudes, des connaissances (acquisitions scolaires, aptitudes sportives), par des conduites dangereuses ou autodestructrices, par des symptômes physiques rapidement fluctuants comme des céphalées ou des symptômes de conversion pseudo-hystériques (paralysie, perte de sensibilité, troubles visuels...), par des expériences perceptives inhabituelles, illusions ou hallucinations. La dissociation peut se traduire par une apparence de grande distraction, par une apparence de mensonge, l'enfant refusant de reconnaître un comportement avéré. Les épisodes de transe répétés peuvent donner l'impression d'un trouble majeur de l'attention. Les fluctuations importantes dans des aptitudes considérées comme stables (écriture, acquisitions scolaires) peuvent être interprétées à tort comme des manifestations d'opposition.

À l'inverse de ces expériences principalement négatives, la dissociation pourrait induire des expériences positives d'hyper-personnalisation-hyper-réalisation, caractérisées par une conscience de soi accrue, un vécu plus intense du corps ou de la réalité extérieure, marqué par des sensations plus vives, que nous avons explorées par une échelle de 5 items cotés comme ceux de la DES (« certaines personnes constatent qu'à certains moments les sensations sont plus vives et plus fortes », « il arrive parfois à certaines personnes de vivre la réalité plus intensément », « il arrive parfois à certaines personnes de mieux sentir leur corps », « certaines personnes constatent qu'à certains moments elles ont une conscience de soi supérieure », « certaines personnes constatent qu'à certains moments elles vivent leur corps plus intensément » ; Chabrol *et al.*, 2005 ; Ducongé et Chabrol, 2005). La sous-échelle de dépersonnalisation-déréalisation de la Dissociative Experience Scale est fortement corrélée positivement à l'échelle d'hyper-personnalisation-hyper-réalisation ($r = 0,63$) chez des adolescents non consommateurs de cannabis (Chabrol *et al.*, 2005). Cette forte association suggère que les expériences d'hyper-personnalisation-hyper-réalisation sont liées à la dissociation.

3.6.2 Les fonctions de la dissociation : de l'adaptation à l'inadaptation

Certaines manifestations légères de dissociation sont assurément adaptatives. Certains états de concentration extrême sur des tâches intellectuelles, artistiques, ou sur des activités sportives ou de compétition, où le sujet se coupe du monde extérieur ou écarte tous les stimuli parasites, correspondent à des états de conscience modifiés dissociatifs qui favorisent la créativité, l'efficacité, les réalisations ou les performances. Il existe donc indiscutablement une dissociation saine, qui est un mécanisme mature correspondant au niveau adaptatif élevé.

L'absorption dans l'imaginaire peut aider à surmonter des stress modérés : de Tychey (2001) considère que le recours à l'imaginaire, entendu dans une acception proche de l'absorption dans l'imaginaire, est la principale défense mobilisable face à l'excès d'excitation. Une autre forme de dissociation saine est représentée par les états de conscience légèrement modifiée de la détente et de la relaxation que le sujet peut apprendre à induire par différentes méthodes. Les expériences plaisantes d'hyper-personnalisation-hyper-réalisation permettent d'atténuer le stress et les émotions négatives.

La fonction adaptative de la dissociation se révèle aussi dans les situations de stress intense. Réaction à un traumatisme majeur, elle permet au sujet de se détacher d'une réalité insupportable, en particulier par la dépersonnalisation et la déréalisation : « À partir du moment où je suis entrée dans la chambre, j'ai voulu tout oublier comme si ce n'était pas moi. J'ai fait abstraction de la réalité. D'ailleurs, j'ai été surprise de voir à quel point je tenais le coup. Il paraît que c'est douloureux : je n'ai rien senti, ce n'était pas moi ! Mon corps et mon esprit n'étaient plus connectés comme si ce n'était que mon corps qui subissait l'IVG car, mon esprit, lui, ne pouvait pas l'accepter. » L'absence de douleur lors de l'IVG de cette patiente est une manifestation de la dissociation. L'analgésie induite par une situation stressante (stress-induced analgesia) peut être en effet rattachée à la dissociation. Elle est illustrée par les cas de soldats blessés au combat ou de sportifs blessés durant un match qui ne ressentent pas la douleur tant qu'ils sont dans le feu de l'action. L'analgésie induite par le stress peut être considérée comme une composante de la réponse de fuite ou de lutte, à la valeur adaptative évidente.

La dissociation sert aussi à éviter une détresse émotionnelle. La dissociation peut ainsi permettre de se détacher d'un vécu dépressif douloureux : « Ça m'est arrivé d'avoir l'impression que je n'existais pas. Je me demandais si ce n'était pas un rêve, je me sentais en décalage, pas l'impression d'être réelle ; ça m'arrive quand je suis très déprimée, dans les moments pénibles. J'arrive facilement à revenir, sauf une ou deux fois, ça a été très dur de revenir. » Elle peut survenir pour des stress banals comme les tensions en milieu scolaire : « Ça m'arrive assez souvent, surtout au lycée. La vie ressemble à un dessin animé, c'est étrange, je ne peux pas l'expliquer. »

La dissociation devient inadaptée quand l'intensité de ses manifestations entraîne un sentiment de détresse ou qu'elles désorganisent ou inhibent les comportements, provoquant une altération du fonctionnement social, professionnel ou relationnel, qui est requis pour le diagnostic de trouble dissociatif.

3.6.3 Les troubles psychiques liées à la dissociation

D'abord il faut rappeler que les manifestations même sévères de la dissociation ne sont pas toujours liées à des troubles mentaux. Certaines crises de dépersonnalisation surviennent chez des sujets « normaux », surtout des jeunes, quelquefois en apparence spontanément ou plus souvent déclenchées par un stress important, conflit, abandon, éloignement du milieu familial.

La dissociation, en tant que mécanisme de défense, explique les symptômes principaux des troubles liés au stress, l'état de stress aigu et les troubles dissociatifs. Elle contribue aussi de façon majeure à la symptomatologie de la personnalité limite. Les manifestations de la dissociation peuvent prendre une place importante dans les troubles anxieux, en particulier le trouble panique, mais aussi le trouble obsessionnel-compulsif, dans les troubles dépressifs et dans la schizophrénie.

L'état de stress aigu succède à un événement traumatique majeur (accident de voiture, agression physique, viol, découverte soudaine d'une maladie grave...) et se caractérise par de l'anxiété, de l'hypervigilance, des symptômes dissociatifs (hébétude, détachement, absence de réactivité émotionnelle, dépersonnalisation, déréalisation, amnésie), une reviviscence sous forme d'images intenses, de rêves, de la sensation de revivre l'événement et un

évitement persistant de tout ce qui peut faire penser au traumatisme. Les symptômes de dissociation affectent la plupart des personnes exposées à un stress aigu, par exemple, 96 % des soldats ayant subi un entraînement de survie dans l'étude de Morgan *et al.* (2001). Les symptômes dissociatifs s'observent aussi dans l'état de stress post-traumatique.

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation soudaine ou progressive, transitoire ou chronique de fonctions normalement intégrées (conscience, mémoire, identité ou perception de l'environnement). Ils comprennent les cinq troubles suivants :

- l'amnésie dissociative et le trouble de dépersonnalisation, qui sont les plus fréquents ;
- la fugue dissociative et le trouble dissociatif de l'identité qui sont des troubles rares dont la prévalence est diversement appréciée ;
- le trouble dissociatif non spécifié.

Ces troubles sont habituellement liés à des événements traumatiques de l'enfance, en particulier abus sexuels et physiques, mais également deuils, abandons, séparations.

L'amnésie dissociative (ou amnésie psychogène) est caractérisée par une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants. On a décrit deux formes : l'amnésie limitée lors d'un événement traumatique récent ; une incapacité à se souvenir de longues périodes de l'enfance (qui a aussi été liée au refoulement).

Le trouble de dépersonnalisation se caractérise par un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental ou de son corps, l'appréciation de la réalité demeurant intacte.

La fugue dissociative se caractérise par un départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu de travail, avec incapacité de se souvenir de son passé, ainsi que de l'adoption d'une nouvelle identité ou d'une confusion concernant l'identité personnelle.

Le trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple) est caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités distinctes qui prennent tour à tour le contrôle du sujet. Ce trouble pose le problème des relations entre dissociation et clivage. Ce trouble passerait souvent inaperçu ou

serait dissimulé, le sujet craignant de passer pour fou. Il pourrait cependant concerner 5 % des patients psychiatriques.

Le trouble dissociatif non spécifié, dont la caractéristique principale est un symptôme dissociatif qui ne répond pas aux critères précédents des troubles dissociatifs spécifiques (par exemple, déréalisation sans dépersonnalisation ; état de dissociation chez des sujets qui ont été soumis à des manœuvres prolongées de persuasion coercitive, comme un endoctrinement en captivité).

Dans certaines classifications, les troubles de conversion, caractérisés par un symptôme pseudo-neurologique, sont considérés comme des troubles dissociatifs.

Les personnalités limites se caractérisent par la survenue transitoire de symptômes dissociatifs en situation de stress. Une conception de la psychopathologie de la personnalité limite accorde un rôle central au mécanisme de dissociation et considère le syndrome limite comme un état de stress post-traumatique chronique complexe, conséquence de l'exposition à des événements de vie négatifs répétés et à des conditions familiales négatives (*e. g.* Chabrol, 2011). Chez l'enfant, la dissociation est la principale défense face aux traumatismes répétés de la violence familiale ou des abus sexuels. Tout se passe comme si se développait l'aptitude à recourir en situation de stress à la dissociation. Le sujet utilise ensuite la dissociation face à des stress de moindre intensité, fonctionnement qui persiste à l'adolescence et à l'âge adulte.

Une étude, réalisée avec le Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R), a observé que les expériences dissociatives de dépersonnalisation et de déréalisation sont rapportées par 66 % des adolescents ayant une personnalité limite, que les expériences perceptives inhabituelles, illusions corporelles incluses, le sont par 89 % de ces sujets et que les expériences quasi psychotiques transitoires sont reconnues par 31 % (Chabrol *et al.*, 2001). L'analyse factorielle de ces symptômes paraît confirmer leur nature dissociative : le principal facteur regroupait les troubles des affects, les symptômes dissociatifs et les symptômes d'allure psychotique (Chabrol *et al.*, 2002). L'analyse factorielle du Borderline Personality Inventory a extrait un facteur regroupant la dépersonnalisation (*e. g.* avoir l'impression que son corps ou des parties de son corps sont étranges ou changés), la déréalisation

(e. g. avoir l'impression que les gens ou les choses ne sont pas réels), les symptômes psychotiques (e. g. hallucinations auditives et visuelles) et sentir une présence. Il a été appelé « symptômes dissociatifs et psychotiques ». Comme dans l'étude précédente, ce facteur suggère que les symptômes psychotiques peuvent être produits par un mécanisme de dissociation chez l'adolescent (Chabrol *et al.*, 2004).

Les symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation sont fréquents et souvent intenses lors des attaques de panique (crises d'angoisse).

Les symptômes dissociatifs peuvent être dus à la consommation de drogues (en particulier, cannabis, hallucinogènes, ecstasy et kétamine) ou à des troubles neurologiques (épilepsie, migraine, trauma crânien, tumeurs cérébrales...) ou métaboliques (hypoglycémie, hyperventilation...).

3.6.4 La dissociation mécanisme de défense et la dissociation schizophrénique

La dissociation comme mécanisme de défense est à distinguer de la dissociation schizophrénique, terme traduisant le mot *Spaltung* proposé par Eugen Bleuler (1911), pour qui « la dissociation des diverses fonctions psychiques est un des caractères les plus importants » de la schizophrénie. Cette dissociation schizophrénique est un terme de la psychiatrie française traditionnelle, maintenant moins utilisé, qui désigne un processus morbide de « désagrégation de la personnalité » (Ballet, 1913), de « déstructuration de la conscience et de la personne », (Ey *et al.*, 1989) dans la schizophrénie, aussi appelée « psychose dissociative ». Le syndrome dissociatif schizophrénique regroupe classiquement les troubles du cours de la pensée et du langage (relâchement des associations, désorganisation de la pensée), la désorganisation de la vie affective (discordance affective, affects immotivés, ambivalence affective...), et la désorganisation du comportement (discordance psychomotrice, actes à côté, actes immotivés, impulsifs, symptômes catatoniques... ; e. g. Ey *et al.*, 1989). On y ajoute souvent la dépersonnalisation, qui peut s'installer insidieusement et constituer un état permanent et/ou se manifester par des crises (e. g. Lempérière *et al.*, 1977). Ces crises de dépersonnalisation sont associées à une angoisse particulièrement intense (angoisse de morcellement, angoisse de néantisation, angoisse de dévitalisation, angoisse de mort). Cause ou effet ? L'angoisse peut être la conséquence de l'expérience effrayante de la dépersonnalisation ou, à l'inverse, la dépersonnalisation peut

être une conséquence d'une crise d'angoisse massive, comme dans l'attaque de panique, ce qui suggérerait un certain chevauchement entre la dissociation schizophrénique et la dissociation, mécanisme de défense.

Le fait que les états de stress post-traumatique chroniques, conséquences de traumatismes répétés, puissent se manifester par des troubles dissociatifs chroniques accompagnés d'hallucinations difficiles à distinguer de celles de la schizophrénie peut paraître confirmer ce chevauchement de la dissociation-défense et de la dissociation schizophrénique. Une étude chez des adolescents hospitalisés avec un état de stress post-traumatique a trouvé que ces hallucinations étaient semblables à celles de la schizophrénie (Jessop *et al.*, 2008). Les auteurs concluent que « la forme et le contenu des hallucinations sont très semblables dans l'état de stress post-traumatique et la schizophrénie. Les états hallucinatoires de l'adolescent représentent un défi diagnostique et thérapeutique. L'incertitude du diagnostic peut résulter en un sur-diagnostic ou un sous-diagnostic des troubles psychotiques comme la schizophrénie chez les adolescents hallucinés. Une histoire clinique et développementale approfondie et l'observation longitudinale des adolescents qui ont des hallucinations peuvent aider au diagnostic et à une prise en charge appropriée » (p. 271).

3.6.5 Dissociation et hypnose

L'hypnose a été liée à la dissociation. L'hypnose peut reproduire des manifestations de la dissociation, par exemple, focalisation de l'attention, amnésie, analgésie, hallucination. La dissociation a pu être considérée comme une autohypnose. À l'inverse, l'hypnose a été expliquée par la dissociation (*e. g. neo-dissociation theory*, Hilgard, 1986). En accord avec ces théories dissociatives de l'hypnose, une association entre hypnotisabilité et troubles dissociatifs a été retrouvée dans les populations cliniques. En revanche, il n'y a pas de corrélation significative entre l'hypnotisabilité et la tendance à se dissocier dans la vie quotidienne mesurée dans la population générale par la DES (Dissociative Experience Scale; Dienes *et al.*, 2009).

3.7 L'intellectualisation

L'intellectualisation est une réponse aux conflits et aux stress « en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour

contrôler ou minimiser des sentiments perturbants» (DSM-IV, p. 756). Elle permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication dans une situation conflictuelle. Pour Kernberg, «l'intellectualisation est semblable à l'isolation, l'affect est refoulé alors que l'individu se focalise consciemment sur des pensées abstraites» (Caligor *et al.*, 2007, p. 27). Le sujet décrit son vécu en termes impersonnels ou très généraux. Les généralisations servent à banaliser la situation difficile en se référant à l'expérience collective: «c'est la vie qui est comme ça»; «je me suis un peu emporté, OK, ça arrive»; «tout le monde a un côté méchant»; «chaque personne a deux personnalités». L'abstraction permet de s'évader de la réalité vécue: elle est un «moyen de se protéger de l'intensité des affects de déplaisir en les évacuant pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique» (de Tychey, 2001, p. 55). L'intellectualisation a donc une forte composante cognitive. La défense «intellectualisation» désigne un mécanisme automatique et inconscient que l'on doit distinguer d'un processus cognitif volontaire et conscient. Il existe des formes d'intellectualisation, plus ou moins conscientes et volontaires, intermédiaires entre la défense et le coping.

Anna Freud (1936) a considéré l'intellectualisation chez l'adolescent comme l'exagération d'un processus normal du moi «pour dominer les pulsions à l'aide de la pensée» (p. 151). À la puberté, «le moi est menacé d'être submergé par les pulsions» (p. 153). L'intellectualisation de la vie instinctuelle est «une tentative pour maîtriser les pulsions en les rattachant à des idées avec lesquelles on peut consciemment jouer» (p. 151). Elle permet la transformation des affects en pensées abstraites, «la traduction en langage intellectuel des processus pulsionnels» (p. 151): Anna Freud donne l'exemple chez l'adolescent du «désir de voir se faire une révolution dans le monde extérieur» qui «répond à la perception des nouvelles exigences de son ça, exigences qui bouleversent sa vie» (p. 150). Selon elle, la frontière entre le normal et le pathologique à l'adolescence se situe «quand l'intellectualisation menace d'étouffer toutes les autres activités mentales» (p. 160).

Freud a évoqué l'intellectualisation comme défense et résistance dans la cure analytique. Il parlait de ces «malades qui s'ingénient habituellement à se réfugier dans l'intellectuel, qui commentent longuement, et souvent avec beaucoup de sagesse leur état, évitant ainsi tout effort pour guérir. C'est pour la même raison que je déconseille à mes patients la lecture d'ouvrages psychanalytiques. J'exige d'eux qu'ils s'instruisent par expérience

personnelle et leur certifie qu'ils pourront, de cette manière, apprendre plus et mieux que ce que toute la littérature psychanalytique pourrait leur enseigner » (Freud, 1912, p. 71). Cette position vient bien sûr questionner l'enseignement des théories psychanalytiques dans les premières années du cursus de psychologie, ces connaissances théoriques rendant plus difficile ensuite le déroulement d'une cure psychanalytique ou d'une psychothérapie analytique (« Il y a une figure de l'impossible... Quel est cet objet interdit et désirable à la fois ? J'allais dire : désirer la mère, désirer être à la place du père, mais c'est un raisonnement, rien de plus. Je sais bien que c'est l'absence de « surmontement » de l'Œdipe, mais le fait de le savoir ne m'apporte rien »). Grinberg insistait sur la différence entre « l'*insight* authentique, si près d'approcher la vérité, et tous ces types de connaissance intellectuelle ou "pseudo-*insight*" qui tendent vers l'inverse, c'est-à-dire l'évitement de la vérité » (1980, p. 35). Certains écrits psychanalytiques, surtout récents, peuvent paraître manifester clairement l'usage défensif de l'intellectualisation qui aboutit à édulcorer, à dénaturer le message psychanalytique, le dépouillant de ses aspects émotionnellement perturbants.

L'intellectualisation se distingue de la rationalisation, qui n'évite pas les affects mais leur attribue des motivations défensives. Elle s'en rapproche par leur importante dimension cognitive commune.

L'intellectualisation s'exacerbe jusqu'à la caricature dans le « rationalisme morbide » ou « intellectualisme morbide », observé dans certaines formes de schizophrénie. Gayral (1975) évoquait ces sujets qui « font constamment appel aux formules de mathématiques ou ne voient la nature qu'en chimie et physique » (p. 110). Il citait l'exemple donné par Maurice Dide d'un sujet grimpé sur le toit de sa maison pour fuir une inondation qui ne prêtait aucune attention à la barque des sauveteurs et faisait un long discours sur « les grandes masses d'hydrogène et d'oxygène en mouvement autour de lui » (p. 110).

Chapitre 2

Les mécanismes de défense immatures



Sommaire

1. Le niveau de distorsion mineure de l'image	67
2. Le niveau du désaveu.....	72
3. Le niveau de distorsion majeure de l'image	85
4. Le niveau de l'agir	101
5. Le niveau de la dysrégulation défensive	104

Les mécanismes de défense immatures regroupent le niveau de distorsion mineure de l'image, le niveau du désaveu, le niveau de distorsion majeure de l'image, le niveau de l'agir et celui de la dysrégulation défensive. Les mécanismes immatures peuvent altérer l'épreuve de réalité. Ces mécanismes, sauf ceux du niveau de la dysrégulation défensive, sont utilisés dans les conflits développementaux de maturation de l'adolescence. Chez l'adulte, leur usage prédominant est mal adaptatif et habituellement lié à un trouble de la personnalité. Les mécanismes du niveau du désaveu, en particulier, peuvent être significativement employés par les sujets non cliniques. Il existe un usage sain possible de la plupart de ces mécanismes dans leurs formes légères ou modérées. Leur activation brève peut servir l'adaptation dans des situations de stress sévère.

1. Le niveau de distorsion mineure de l'image

Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps et des autres regroupe la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence, défenses qui visent la régulation de l'estime de soi. Ces défenses sont caractéristiques des personnalités limites et narcissiques. Elles sont également très sollicitées à l'adolescence, où l'estime de soi est fragilisée. Les adultes exempts de tout trouble psychopathologique peuvent également y recourir. À un degré léger nous les utilisons tous, principalement la dévalorisation et l'idéalisation, pour rétablir ou renforcer l'estime de soi. Ces défenses peuvent faire l'objet d'un usage collectif : un groupe social, culturel ou ethnique recourt à l'omnipotence et à l'idéalisation à son égard, tout en dévalorisant un autre groupe conçu et ressenti comme inférieur et mauvais. L'histoire et l'actualité en fournissent de nombreux exemples dramatiques.

1.1 L'idéalisation

Dans l'idéalisation, « le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes et externes en attribuant aux autres des qualités exagérément positives » (DSM-IV, p. 756 ; et non « en s'attribuant – ou en attribuant à autrui – », comme l'indique faussement la traduction française de l'échelle du DSM-IV).

En fait, il convient de distinguer deux niveaux d'idéalisation : l'idéalisation névrotique et l'idéalisation primitive.

L'idéalisation névrotique, observée typiquement chez les déprimés, est une formation réactionnelle contre l'agressivité envers l'objet qui vise à réduire la culpabilité (Kernberg, 1975). Cette formation réactionnelle renforce le refoulement de l'agressivité : puisque la personne est idéale, le sujet n'a plus de raison de lui faire des reproches et de lui en vouloir (« mes parents, je les adore de plus en plus, je me rends compte tous les jours un peu plus que j'ai des parents formidables... ils m'ont beaucoup apporté »). L'idéalisation névrotique s'accompagne de sollicitude et de préoccupations pour l'objet qui sont des formations réactionnelles contre l'agressivité et qui participent à réduire la culpabilité. Dans l'idéalisation névrotique, l'image de l'objet reste réaliste.

L'idéalisation primitive crée, au contraire, une image irréaliste d'une personne perçue comme totalement bonne, toute-puissante, dépourvue des faiblesses et des défauts ordinaires (« c'est une sainte, ma mère »). Les thérapeutes font souvent l'objet d'une idéalisation primitive de la part des personnalités limites ou narcissiques et des adolescents. L'idéalisation primitive a plusieurs fonctions :

- l'objet idéal protège le sujet contre les mauvais objets et gratifie ses besoins narcissiques en le faisant participer à sa magnificence ;
- l'idéalisation protège l'objet contre l'agressivité du sujet ; mais cette fonction de préservation est précaire : en effet, plus l'objet est idéalisé, plus l'envie qu'il suscite est intense ;
- la relation à l'objet idéal est marquée par les exigences et les attitudes de contrôle et de possessivité, le sujet ne tolérant pas la moindre imperfection ou défaillance qui peuvent provoquer brutalement la dévalorisation ou un sentiment de persécution.

1.2 La dépréciation

La dépréciation (dévalorisation, dévaluation) produit des représentations injustement et exagérément inférieures de certaines personnes. Le DSM-IV la définit de façon inaccoutumée comme une réponse aux conflits ou aux stress « en s'attribuant – ou en attribuant à autrui – des défauts exagérés » (DSM-IV, p. 755), les représentations rabaisées, dégradées de soi-même ne

faisant pas partie de la conception habituelle de la dépréciation. Selon Perry (2004), l'autodépréciation pourrait servir à stimuler son amour-propre. Sa fonction de défense narcissique est le plus souvent peu évidente, les propos autodépréciatifs contribuant au contraire à l'altération de l'estime de soi.

La dépréciation, mécanisme de défense, est à distinguer de la dépréciation symptôme de la dépression, qui peut se manifester par des représentations négatives générales de soi, des autres, du monde et du futur.

Il paraît pertinent de distinguer deux niveaux de dépréciation, comme pour l'idéalisation. La dépréciation ordinaire ou « névrotique » résulte de la projection des sentiments d'infériorité sur l'autre, dont l'image reste réaliste. La dépréciation primitive, liée au clivage des images de soi et d'objet, produit une image irréaliste d'une personne perçue comme totalement dépourvue de valeur ou mauvaise (en parlant d'un ami avec qui il est en conflit, un sujet déclare : « Je me suis dit, comme il ne valait rien du tout, c'était moins que rien, je me suis dit, ce n'est pas la peine »).

La fonction de ces dépréciations est de protéger l'estime de soi. La dévalorisation « névrotique » permet de rétablir un sentiment de supériorité en ressentant l'autre comme inférieur (*e. g.* refuser un jugement négatif : si l'autre est « nul », on n'a pas à se remettre en question). La dévalorisation névrotique peut être une formation réactionnelle permettant d'éviter les sentiments de frustration en repoussant la conscience des désirs par le dénigrement de l'objet désiré : le désir est remplacé par son contraire, la critique, le mépris, la dévalorisation. Cette dévalorisation, formation réactionnelle, permet d'éviter les sentiments de perte en cas de séparation ou de menace de séparation. La dépréciation primitive sert à se protéger contre des vécus de dévalorisation intense, d'effondrement narcissique en projetant les images de soi extrêmement dévaluées et/ou mauvaises sur une personne extérieure.

1.3 L'omnipotence

Dans l'omnipotence (toute-puissance), le sujet répond aux conflits et aux stress « en se sentant et en agissant comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs exceptionnels et comme s'il était supérieur aux autres » (DSM-IV, p. 756).

Il existe deux niveaux de surestimation de soi, une surestimation ordinaire où l'image de soi reste réaliste, qui peut être fonctionnelle car elle augmente la confiance en soi, la motivation et les performances, et une surestimation primitive, mégalomane, donnant de soi une image irréaliste, entièrement bonne et/ou toute puissante, qui est la véritable omnipotence.

Idéalisation, omnipotence et dépréciation primitives sont des dérivés des opérations de clivage de soi et de l'objet. L'omnipotence manifeste l'identification à un objet « totalement bon », idéalisé et tout-puissant, ce qui est une protection contre les mauvais objets persécuteurs. L'idéalisation primitive résulte de la projection sur une personne de cet objet totalement bon. La dépréciation révèle la projection sur les autres des images de soi et d'objets clivés totalement faibles et sans valeur.

Idéalisation, dévalorisation et omnipotence sont le plus souvent mises en jeu conjointement. Ainsi certains adolescents en difficulté scolaire ou sociale dévalorisent-ils les matières scolaires et l'enseignement, et surinvestissent-ils une activité compensatoire de restauration de l'estime de soi comme la musique, le sport dont ils idéalisent certaines vedettes, ou la délinquance dont ils idéalisent certains acteurs, tout en développant des rêveries et des sentiments de toute-puissance.

1.4 Les défenses narcissiques et la personnalité narcissique

Les manifestations de la personnalité narcissique apparaissent organisées par ces trois mécanismes de défense. L'omnipotence s'y exprime par :

- le sens grandiose de sa propre importance, la surestimation de soi, de ses capacités et de ses réalisations, le sentiment d'être unique et exceptionnel ;
- le sentiment d'être en droit de bénéficier de traitements de faveur, de passe-droits, de privilèges ;
- le sentiment d'être envié par les autres.

L'idéalisation se traduit par la tendance à idéaliser les personnes fréquentées dont ces sujets attendent des gratifications narcissiques. La dévalorisation se manifeste par des sentiments fréquents de mépris à l'égard de ceux qu'ils considèrent comme inférieurs et qu'ils sont prêts à exploiter sans scrupule. Ils peuvent se conduire avec dédain et condescendance, mais aussi de façon charmante pour manipuler ceux qui peuvent

leur servir à parvenir à leurs fins. Leur sentiment d'omnipotence et leur dévalorisation des autres se manifestent dans leur égocentrisme et leur manque d'empathie et d'intérêt pour les sentiments, les besoins et les désirs des autres.

Ces défenses servent à protéger l'estime de soi, qui est en fait fragile. Cette fragilité de l'estime de soi peut se révéler directement par des moments d'inquiétude, de doute sur sa valeur personnelle ou même par des crises souvent déclenchées par des échecs où les individus basculent dans les sentiments d'infériorité. La fragilité de l'estime de soi se révèle indirectement par le besoin excessif d'admiration et d'attention (d'où des attitudes de séduction pour qu'on leur renvoie une image positive d'eux-mêmes) et par l'intolérance aux échecs et aux critiques, vécus comme une humiliation suscitant en ces personnes de la rage (elles peuvent y réagir par un retrait social et le refus de la compétition). La fragilité de l'estime de soi se montre aussi par la fréquence des sentiments d'envie et de jalousie.

Exemple: un adolescent a le sentiment d'être unique: « Des fois je suis tellement spécial que je me demande s'il y a des gens qui pensent comme moi. » Il pense ne pouvoir être compris que par des « gens extravagants, qui voient surdimensionné ». Il ne supporte pas de ne pas être le centre d'intérêt: « Fatigué si je suis pas le centre d'attention, dégoût total, à plat »; il ne supporte pas les critiques et répond agressivement: « J'essaie de voir si je peux pas le vexer, le blesser... ou sinon je lui casse la tête... Je déteste qu'on me critique. » Il manque d'empathie et reconnaît facilement son indifférence face aux problèmes des autres: « Je l'écoute pour lui faire plaisir, mais je m'en fous ». Il reconnaît exploiter les autres en les manipulant: « Je joue par les sentiments; c'est inné, le baratin, on l'a ou pas. » Il utilise spontanément les mots « abuser d'eux », « se servir d'eux ».

Du point de vue psychodynamique, la personnalité narcissique se caractérise par un moi grandiose qui résulte de la fusion entre l'objet idéal, le moi idéal et les images de soi. Le moi grandiose permet de dénier la dépendance normale envers les objets externes: la fusion entre la personne idéale et le moi donne l'illusion de n'avoir besoin de personne d'autre. C'est une défense contre les besoins de dépendance qui exposent à la frustration, à l'envie et à la haine (Kernberg, 1975). Cette fonction de nier les besoins de dépendance s'observe également à l'adolescence, où le fonctionnement narcissique peut être une phase du développement liée à l'autonomisation:

le fonctionnement narcissique aide à se détacher des parents alors que l'adolescent n'est pas encore prêt à s'engager dans des relations amoureuses.

2. Le niveau du désaveu

Le niveau du désaveu regroupe le déni, la projection et la rationalisation : ces défenses empêchent la prise de conscience de facteurs de stress, d'impulsions, d'idées, d'affects désagréables ou inacceptables. Ces défenses font partie des défenses dominantes des personnalités limites, mais elles peuvent être utilisées par les sujets « névrotiques » et « non cliniques ». Déni, projection et rationalisation ont comme particularité de pouvoir être « contagieux » et de se renforcer par un usage mutuel. Les défenses de ce niveau ont pour caractéristiques de pouvoir être facilement utilisées collectivement par des groupes sociaux, plus ou moins étendus, et de pouvoir contribuer significativement à des problèmes sociaux, à des conflits intergroupaux, l'actualité donnant en permanence de terribles exemples de cet usage collectif.

2.1 Le déni

Le déni est une réponse aux conflits et aux stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres » (DSM-IV, p. 755). Cette définition recouvre la réalité psychique et la réalité externe. Cette définition est plus large que celle de Perry (2004), qui restreint sa définition du déni névrotique (mineur) à la réalité interne : « Cela exclut le déni psychotique, dans lequel le sujet refuse de reconnaître un objet physique ou un événement réel dans son vécu présent » (p. 69). Cette opposition tranchée entre déni névrotique et déni psychotique paraît artificielle : le déni, en dehors de la psychose, peut porter sur la réalité externe alors que la méconnaissance de la réalité est rarement totale dans le déni psychotique.

Le déni correspond à un des sens des mots « aveuglement » et « illusion ». L'expression « se faire des illusions » manifeste la connaissance du déni par la sagesse populaire (« Il préférerait ses illusions à la réalité », A. de Musset, *Les Caprices de Marianne*). Molière dans *Le Misanthrope* évoque le caractère

universel du déni : « Ce grand aveuglement où chacun est pour soi » (acte III, scène 4). La notion que le déni concerne des aspects de la réalité externe ou interne qui seraient évidents pour les autres est une intéressante caractéristique proposée par le DSM-IV : elle recouvre en partie le fonctionnement bien repéré dans le proverbe « Voir la paille dans l'œil du voisin, et pas la poutre dans le sien ».

Le déni est l'exclusion active et inconsciente de certaines informations hors de l'attention focale (Salander et Windahl, 1999). Il diffère de l'évitement cognitif, de la répression et du refoulement. Le déni se distingue de l'évitement cognitif volontaire et conscient, mais des formes intermédiaires existent. Le déni a en commun avec la répression l'exclusion d'informations du champ de la conscience, mais il s'en différencie par le refus de cette information si le sujet y est confronté. Dans le déni, l'information écartée n'est pas rejetée dans l'inconscient comme dans le refoulement. Elle reste accessible à la conscience, mais, quand elle se présente dans le champ de l'attention consciente, elle est refusée et écartée. Il existe cependant un retour du dénié, à l'instar du retour du refoulé. Le retour du dénié, marqué par l'irruption dans le champ de la conscience de l'information jusqu'alors refusée, à l'occasion de circonstances facilitantes, expose le sujet à des émotions perturbantes et va avoir un impact traumatique : ainsi, la crise suicidaire de l'adolescent va être précipitée par un événement provoquant un « retour traumatique du clivé et du dénié » (Ladame et Ottino, 1993, p. 127).

2.1.1 Le déni est incomplet : c'est un « demi-savoir »

Le sujet sait et ne sait pas à la fois. Évoquant la Shoah, un contemporain écrit : « Nous avons su sans savoir. » Contrairement au déni psychotique où la distorsion de la réalité interne ou externe est majeure, sa méconnaissance dans le déni n'est qu'apparente ou incomplète, ou elle peut ne pas être permanente : « C'est seulement dans le cas de troubles graves de la fonction du réel (psychoses) que des dénégations sérieuses et importantes restent victorieuses chez l'adulte » (Fenichel, 1945, p. 179). Dans les autres cas, c'est-à-dire dans le déni non psychotique, on peut observer un « dédoublement du moi en une partie superficielle qui reconnaît la vérité et une partie plus profonde qui la nie. Bien qu'ils connaissent la vérité, ils peuvent se comporter comme si elle n'existait pas » (Fenichel, 1945, p. 179). Selon Kernberg (1975-1979), « lorsqu'on insiste, ces patients admettent avoir une

connaissance intellectuelle du secteur dénié, mais ils sont incapables de l'intégrer au reste de leur expérience affective » (p. 59). Ainsi, confronté à un déni, un patient dit : « Même si on le sait, c'est encore pire de l'entendre. » Certains peuvent prendre spontanément conscience de ce mécanisme et l'interprètent alors souvent comme volontaire : « Il y avait de ma part un refus de voir la réalité. Je ne voulais pas la voir. »

Le degré de conscience est fluctuant. Kernberg remarque que ce que le patient dénie actuellement a pu être conscient, peut être conscient dans d'autres domaines et peut devenir pleinement conscient. « Il n'est pas rare que des patients ayant un cancer reconnaissent clairement avoir conscience de la gravité de la situation à un moment, et, un moment après, exposent leurs projets d'avenir comme si la gravité reconnue concernait quelqu'un d'autre » (Salander et Windahl, 1999, p. 276). Il peut être déroutant pour le thérapeute de constater qu'un élément une fois reconnu peut être à nouveau dénié. Il faut souligner l'aptitude de ce qui a été dénié et qui est devenu conscient à faire à nouveau l'objet d'un déni : en thérapie, on peut observer combien facilement peut se rétablir un déni ; les dénis nécessitent habituellement en thérapie des interventions répétées.

Conscience et déni peuvent donc coexister : « Cela fait drôle de savoir quelque chose sans parvenir à y croire vraiment » ; « Toutes les choses qui m'embêtent, je fais comme si elles n'existaient pas » ; un médecin dénie les résultats d'un caryotype réalisé pendant sa grossesse : « Le caryotype, il n'y a pas d'erreur possible, c'est un garçon, c'est sûr. Pourtant, je me suis surprise à choisir un prénom de fille. » Un éducateur, qui se reproche de s'être livré à des attouchements sexuels sur un adolescent dont il a à s'occuper, dit : « Des doutes persistent en moi quant à mon implication réelle dans ce qui s'est passé. » Voici deux exemples de déni dans une situation de deuil : « J'ai toujours l'impression que je vais le voir quelque part, je sais que c'est impossible, mais j'arrive pas à me le mettre dans la tête » ; « Je ne veux pas vous en parler car, si je vous en parle, je vais comprendre que mon frère est vraiment mort. »

Quelquefois, le déni prend le masque de la prise de conscience. Le sujet semble reconnaître un élément dénié et l'énonce. Mais, il le dit pour ne pas le savoir : d'une part, le dire évite que l'autre le dise, ce qui est une confrontation plus difficile à éluder ; d'autre part, le dire peut permettre de le nier : par exemple, « Si j'en parle avec un tel détachement, c'est que ce n'est pas

vrai », ou bien le dire est une concession suffisante qui annule magiquement ce qui est dit, comme la confession annule la faute.

L'entourage perçoit souvent que le sujet sait et ne sait pas à la fois (« Il sait mais il continue à agir comme s'il ne savait pas » ; « Il se protège en se voilant la face. Il fait comme si c'était pas là, tout en sachant que c'est là, il fait toujours comme ça » ; « Il nie des choses qu'il a reconnues à un moment donné »).

2.1.2 Le déni de la réalité interne

Le déni de la réalité interne a été dénommé également « négation » ou « dénégation », qu'il vaut mieux réserver à un sens plus restrictif. Le déni de la réalité interne peut concerner ce que le sujet pense, ressent, dit ou fait. Le sujet peut dénier des pensées, des sentiments, des désirs, des impulsions, des paroles ou des actes. Les affects dépressifs peuvent être déniés, le sujet montrant des communications non verbales de tristesse (mimiques, posture, gestuelles ou ton de voix) mais ne reconnaissant que de la fatigue ou disant qu'il va bien. Voici un exemple de déni d'affect : « J'ai tendance à être trop speed, enfin hyperstressée, enfin je stresse pour un rien... » ; quelques minutes plus tard : « Je suis pas du style à être nerveuse pour rien, non pas du tout, je suis plutôt cool... ». Ceci peut justifier une confrontation : « Voici quelques minutes, vous avez dit que vous étiez hyperstressée ? Qu'en dites-vous ?... Avez-vous tendance à reconnaître certaines choses qui peuvent vous déranger puis après de faire comme si elles n'existaient pas ? » D'autres exemples : un sujet se rend régulièrement dans des lieux de « drague » homosexuels, s'y livre à des échanges sexuels, mais il dénie longtemps le caractère homosexuel de ces comportements, puis s'étonne de ce déni qui lui paraît ensuite incompréhensible. Un jeune adulte dit de lui-même : « j'ai toujours été attiré par l'interdit, les bagarres, j'étais vachement bagarreur » ; en fait, il continue à commettre des violences physiques, mais il dénie toute agressivité : pour lui, il est toujours provoqué ou menacé. Le sujet peut dénier des comportements : un patient en état d'ivresse vient réclamer un certificat indiquant qu'il ne boit plus ; confronté à son état, il s'offusque et exige une prise de sang pour démontrer sa bonne foi ; la prise de sang révélant plus de trois grammes d'alcoolémie, il dit que le laboratoire s'est trompé. Le sujet peut dénier des symptômes pourtant parfois très perturbants : « Il y a une semaine, j'ai fait une série de crises d'angoisse, je pense en avoir beaucoup vécu, en les refusant. »

Un thérapeute peut dénier certains aspects de son contre-transfert. Ainsi, une jeune thérapeute nie avoir peur d'un jeune adulte à la personnalité antisociale qu'elle suit en consultation, et minimise ses comportements d'intimidation et d'emprise qui ne sont pas abordés dans la thérapie. Il est probable qu'aucun thérapeute n'échappe à des situations thérapeutiques où il dénie certains aspects du contre-transfert ou certaines contre-attitudes.

2.1.3 Le déni de la réalité externe

Le déni de la réalité externe peut concerner toutes les informations perçues par le sujet dans son environnement et susceptibles de le perturber. Il peut ainsi dénier un événement et faire comme s'il ne s'était pas produit. Le sujet peut dénier les comportements des autres ou leurs affects : « Même quand ma sœur se roule un joint devant ma mère, elle ne le voit pas. Mes parents se cachent les yeux complètement » ; « Mon mari est très angoissé. Je suis obligée de me rendre à l'évidence, comme si je n'avais pas voulu le voir depuis toutes ces années. » Une jeune femme, qui reproche à sa mère de n'avoir jamais su quitter son père alcoolique et violent, dénie elle-même l'alcoolisme de la personne avec qui elle vit. Dans des moments de lucidité, elle prend conscience de son alcoolisme, de son incapacité à aider son compagnon et le quitte. Mais elle revient toujours, pensant chaque fois que son départ l'a fait changer. Le déni se remet en place : « Je pense pas qu'il recommencera. Maintenant, tout va bien. » Les femmes battues peuvent dénier la violence de leur compagnon à leur égard ou à l'égard de leurs enfants. Une jeune femme dit que son ami « est violent, mais en fait ce n'est pas de la violence » ; puis, confrontée à cette ambiguïté, elle donne des exemples de son comportement : il l'aurait jetée contre un mur, ou encore il a essayé de l'étrangler. Des mères peuvent dénier le comportement incestueux de leurs maris.

Un psychothérapeute peut dénier l'inefficacité de la thérapie ou l'aggravation de l'état du sujet. Un thérapeute se félicite des progrès de l'introspection d'une anorexique qui pourtant a maigri et doit être hospitalisée dans un état somatique préoccupant. En fait, il semble que c'était une simulation d'introspection pour éviter l'hospitalisation. Un thérapeute est surpris par la tentative de suicide d'une jeune adulte qui, depuis plusieurs semaines, avait développé une psychose de transfert à thème de possession et de persécution dont les manifestations, pourtant perceptibles semble-t-il, n'avaient pas été reconnues. Il est probable qu'aucun thérapeute n'échappe à des

situations thérapeutiques où il majore l'efficacité de son approche et en dénie l'insuffisance. Il semble que, dans certains cas, ce déni soit induit chez le thérapeute par le sujet en thérapie. On peut alors parler de déni projectif. Cette forme de déni caractérisée par l'induction chez l'autre d'une attitude de déni mérite d'être individualisée.

Des événements de vie majeurs peuvent être déniés. Le deuil normal débute généralement par une phase durant quelques heures ou quelques jours où le décès est dénié, souvent avec des réactions de dissociation (« J'espérais le voir ouvrir les yeux, sentir son cœur battre »). Le déni peut se prolonger dans les deuils pathologiques (« Je crois que je n'ai pas accepté son décès, je me suis maintenue dans l'illusion qu'il n'était pas mort, qu'il était toujours là » ; « J'ai toujours l'impression que je vais le voir quelque part, je sais que c'est impossible, mais j'arrive pas à me le mettre dans la tête » ; « Je sais que j'ai perdu mon fils, mais en fait j'ai l'impression qu'il est simplement chez mes beaux-parents. Je pense qu'il va revenir. D'ailleurs, j'ai parlé à ma femme pour savoir si je n'étais pas fou »).

Déni de la réalité interne et externe coexistent souvent. Ainsi, un jeune adulte évoque une expérience sexuelle de l'adolescence où il s'est laissé entraîner par un adulte. Il dit d'abord : « Je ne l'ai pas vécu comme un viol. » Un peu plus tard, il reconnaît un sentiment d'agression : « J'étais dégoûté par son corps qui me donnait plus envie de vomir qu'autre chose. »

2.1.4 Déni et corps

Le déni peut concerner les sensations corporelles ou l'aspect du corps. Ainsi, les anorexiques peuvent dénier leur maigreur, la faim ou la fatigue. Le déni de la maigreur et de sa gravité est un signe classique de l'anorexie : certaines anorexiques même extrêmement maigres continuent à se croire trop grosses (« J'avais beau me regarder dans la glace, je ne me rendais pas compte de mon aspect. Je me trouvais normale, pas spécialement maigre » ; « À la télé ou autre part, je voyais tout le monde gros ; moi, j'étais normale »).

Certains sujets ayant un surpoids majeur peuvent le dénier. Ainsi, une patiente parle de son obésité : « On avait mis derrière un mur pour ne pas voir. Maintenant, j'accepte comme je suis. Avant, je faisais mes 100 kilos et quelques, mais je me voyais toujours avec mes soixante kilos. Maintenant,

j'arrive mieux à me voir dans la glace. Bon, j'aime pas forcément mon reflet, mais je vois ce reflet-là. Donc, c'est vrai. »

Des sujets peuvent dénier des symptômes physiques. Ils peuvent dénier des symptômes d'alarme et ainsi retarder gravement un traitement efficace. Dans l'évolution des maladies graves, ils peuvent dénier la dégradation de leur état de santé. Des études ont montré que, parmi les patients affectés d'un cancer, 4 % à 47 % déniaient le diagnostic, 8 à 70 % déniaient l'impact de la maladie et 18 % à 42 % déniaient les affects (Vos et de Haes, 2007).

2.1.5 La dénégarion

Selon Kernberg (1975), la négation ou dénégarion est une forme de déni de niveau défensif plus élevé. La négation ou dénégarion est le « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'alors refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 112). Ainsi, à l'interprétation du thérapeute (« je me demande si ce rêve ne montre pas une rivalité avec votre mère »), l'analysante répond : « Une rivalité ? Certainement pas au sujet de mon père ! » Cette négation apparaît comme un compromis entre la prise de conscience et la tendance à nier. Le refoulé est reconnu de manière négative sans être accepté. De même, la dénégarion peut s'étendre au dénié : « Je suis en train de prendre physiquement mon indépendance et de couper le cordon. C'est un petit peu, pas douloureux, parce que j'en souffre pas vraiment... C'est pas... Je ne suis pas triste, mais ça m'emmerde quand même de pas pouvoir voir au moins une fois par semaine mes sœurs ou mon frère. »

2.1.6 Le déni sain ou mature

Le déni n'est pas toujours pathologique. Le déni est considéré comme pouvant être normal : Lazarus (1983) a défini le déni normal comme une auto-illusion, une auto-tromperie indispensable à la santé mentale, car la vie est intolérable sans illusion. Voltaire l'affirmait déjà : « On ne peut y vivre (dans le monde) qu'avec des illusions » (*Correspondance*, 1754). Taylor (1989) a proposé le terme d'« illusions positives ». Pour plagier Freud, on peut avancer que nul n'échappe au déni. Pour décrire cette forme positive de déni, on a proposé le terme de « déni sain » (*healthy denial*, cf. Druss et Douglas, 1988) ou de « déni mature » (*mature denial*, cf. Hibbard et Porcerelli, 1998). Selon Beck (1991), la santé mentale est caractérisée par

ces biais cognitifs positifs. Le déni sain, les illusions positives contribuent à l'optimisme et au bien-être (Brookings et Serratelli, 2006). « Le bonheur a les yeux fermés » (Paul Valéry).

La fonction adaptative du déni sain est montrée par les relations constatées entre optimisme et bien-être, santé mentale et physique. Le déni peut être adaptatif, pourvu qu'il soit temporaire, dans les situations de stress intenses ou dans les traumatismes majeurs. Le déni est une réaction habituelle dans le deuil. « Il peut constituer la dernière ressource pour faire face à une réalité insupportable » (de Tychey, 2001, p. 55). La fonction adaptative du déni a été évaluée dans les situations de danger, en particulier en cas de maladie : les attitudes de déni peuvent être un facteur de pronostic plus positif, par exemple chez les sujets hospitalisés pour un infarctus du myocarde, mais les réactions de déni peuvent, au contraire, retarder les soins et être associées à une évolution plus négative dans certaines pathologies organiques comme l'asthme ou le cancer.

2.1.7 Les pathologies du déni : l'excès de déni, le défaut de déni

Dans certains troubles psychologiques, cette capacité d'auto-illusion est altérée : ainsi, dans « Deuil et mélancolie », Freud remarque que le mélancolique « ne fait que saisir la vérité avec plus d'acuité que d'autres personnes qui ne sont pas mélancoliques » (1915a, p. 151). Virginia Woolf, qui était affectée d'un trouble bipolaire, a remarquablement décrit cette déficience du déni dans la mélancolie : « On descend dans le puits et rien ne protège contre les assauts de la vérité » (vol. 3, p. 112). Cette constatation s'étend à l'ensemble des dépressions, où la vision négative du monde n'est pas que liée à une déformation négative, mais peut traduire aussi une lucidité anormale due à la déficience du déni normal. Les personnes affectées de dépression légère ou modérée tendent à percevoir de façon plus réaliste la réalité (Lewinshon *et al.*, 1980). Les représentations négatives de soi, des autres, du monde, du passé et du futur des déprimés sont liées à la fois à des distorsions cognitives et à une vision plus lucide.

Comme pour le refoulement, on peut donc considérer un déni normal et des pathologies liées à l'excès ou au défaut du déni. L'usage excessif de déni est surtout présent chez les personnalités limites et psychopathiques. La déficience du déni peut s'observer dans les dépressions ou la mélancolie.

2.1.8 Existe-t-il différentes catégories de déni?

On a pu considérer le déni comme un mécanisme hétérogène. Cramer (1991) a distingué sept niveaux de manifestation du déni, regroupés dans un continuum allant des formes les plus immatures de déni à l'optimisme et à la pensée positive. D'autres ont tenté d'établir des distinctions, des catégories, tout en reconnaissant qu'elles pouvaient coexister. Salander et Windahl (1999) distinguent :

- l'évitement, processus cognitif conscient proche de la répression ;
- le désaveu (*disavowal*), mécanisme préconscient où le sujet sait et ne sait pas à la fois, et pour lequel ils parlent de « demi-savoir », cette catégorie correspondant à la définition habituelle du déni ;
- le déni, mécanisme inconscient, correspondant au déni complet (Hacker et Cassem, 1974) ou au déni extrême (Wool, 1986), dont ils reconnaissent la rareté, un seul de leurs dix-neuf patients ayant une tumeur cérébrale maligne le présentant. L'exemple qu'ils donnent n'est guère convaincant, puisque ce sujet refuse l'entretien où il devait parler du diagnostic avec le neurochirurgien en disant : « Non, cela ne m'intéresse pas. Peut-être une autre fois », attitude qui paraît plutôt exprimer un évitement actif et le refus volontaire de savoir, de se voir confirmer ses craintes. Cette catégorie pose problème, le déni psychotique lui-même étant rarement total. Lazarus (1983) cite le cas d'un sujet qui donne l'impression d'être un exemple de déni total au psychologue clinicien, et qui, quelques minutes après l'entretien, sort de sa chambre et agrippe une infirmière en criant : « Je vais mourir ! » Ce cas illustre bien la difficulté clinique à évaluer l'intensité d'un déni.

Kernberg a rapproché l'isolation d'une forme élevée de déni lié au refoulement. Le déni se distingue toutefois de l'isolation de l'affect, où l'affect n'est pas accessible à la conscience.

2.2 La projection

La projection est une réponse aux conflits et aux stress « en attribuant à tort à un autre ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables » (DSM-IV, p. 756). Elle permet d'expulser de soi et de percevoir dans un autre ce que le sujet refuse de reconnaître en lui-même, ce qu'il répudie en tant qu'émanation de lui-même. Plus généralement, la

projection peut concerner tout ce que notre esprit ressent comme douloureux ou déplaisant (Riviere, 1937). Il existe deux formes de projection, l'une où la pulsion n'est plus ressentie, l'autre où la pulsion est toujours ressentie.

2.2.1 Cas de la projection où la pulsion n'est plus ressentie

La projection complète ou renforce un refoulement ou un déni. Une expérience psychique inacceptable ou désagréable (pensées, affects, désirs, impulsions) est réprimée ou déniée puis expulsée dans le monde extérieur, en l'attribuant à une autre personne, tout en désavouant ce qui est projeté : la pulsion n'est plus ressentie. Ainsi, la patiente hystérique peut craindre que le thérapeute ne cherche à la séduire, alors qu'elle n'a aucune conscience de son propre désir sexuel ; un sujet refoule sa colère contre le thérapeute et craint que le thérapeute ne soit en colère contre lui. La jalousie injustifiée peut s'expliquer par la projection sur le partenaire du désir d'être infidèle, qui lui est attribué.

Selon Kernberg (1987), la projection se rencontre typiquement dans le répertoire défensif des organisations névrotiques. C'est une défense plus mature que l'identification projective qui domine dans les organisations limites et psychotiques. Kernberg et ses collaborateurs considèrent que l'externalisation de désirs inacceptables n'est pas une description adéquate de la projection, qu'il faut compléter de la séparation de motivations conflictuelles qui sont compartimentées dans une seule relation d'objet (Caligor *et al.*, 2007). Ils prennent l'exemple d'une jeune femme qui se défendait contre ses désirs sexuels en les projetant dans ses relations amoureuses, en percevant l'homme comme séducteur, animé de désirs sexuels et sans besoin de dépendance, alors qu'elle-même se sentait amoureuse, sexuellement naïve, dépendante, dans une position infantile :

« Une description plus complète inclurait la difficulté particulière de la patiente à intégrer les besoins et les relations sexuels avec les besoins et les relations de dépendance ; sa stratégie de défense n'est pas seulement de se débarrasser de motivations sexuelles inacceptables, mais plutôt de s'assurer que les motivations sexuelles restent séparées des besoins de dépendance. Dans la configuration initiale, cette jeune femme retient en elle tous les besoins de dépendance liés aux relations amoureuses, alors que tous les désirs sexuels sont contenus dans l'objet. Elle est

entièrement sans désirs sexuels, alors que lui (l'objet) est entièrement sans besoin de dépendance» (p. 46).

Freud a insisté à plusieurs reprises sur le caractère normal de la projection, dont Joan Riviere (1937) a pu souligner l'usage général dans la vie quotidienne, sous forme de la tendance à dénoncer chez les autres ce que la personne essaie de nier en elle-même : elle donne l'exemple, entre autres, « des gens tout à fait ordinaires, enclins à voir, soit chez leurs employeurs, soit chez leurs employés, selon la position qu'ils n'occupent pas eux-mêmes, une âpreté au gain, un égoïsme et une agressivité sans merci » (p. 21).

Sears (1936) a réalisé une étude empirique de ce mécanisme de projection, qui est probablement la première tentative de validation empirique d'un mécanisme de défense : il a constaté que les étudiants ayant un trait de personnalité indésirable selon l'évaluation des autres et qui ne reconnaissaient pas posséder ce trait (par exemple, en disant que ce trait était plus caractéristique des autres que d'eux-mêmes), avaient plus tendance à voir ce trait chez les autres que les sujets qui reconnaissaient l'avoir. Newman *et al.* (1997) ont confirmé que les sujets déniaient avoir un trait de personnalité indésirable avaient tendance à considérer que les autres en étaient caractérisés, lors d'un test d'interprétation de situations ambiguës. Si ces éléments peuvent apparaître corroborer la conception psychanalytique classique de la projection, les auteurs remarquent qu'ils n'ont pas montré le caractère défensif de ce mécanisme. De plus, ils constatent que plus le refoulement était réussi, plus le sujet tendait à projeter, contrairement au postulat d'un lien entre projection et insuffisance du refoulement ou du déni. Ils proposent donc une nouvelle conception de la projection, présentée comme une conséquence cognitive des efforts de suppression : « Nous sommes d'accord que la projection est associée à des efforts pour garder le matériel hors de la conscience. Mais plutôt que d'indiquer un échec de ses efforts, la projection pourrait être simplement une conséquence naturelle de ces efforts » (p. 997).

La prise de conscience du mécanisme de projection peut être spontanée : un sujet se plaignait de subir les propositions sexuelles des autres auxquelles il répondait par des attitudes de froideur : « Je prête aux autres des désirs qui n'existent pas, qui sont les miens ; mon seul moyen de les supporter, c'est de les prêter à ceux qui sont en face, de me sentir très fort, de savoir y résister. » Un sujet dit ne pas oser parler de certaines choses par gêne, par honte, et dit craindre un jugement de la part du thérapeute. À l'interprétation :

« Quel est votre propre jugement sur ces choses ? », il répond : « Je projette à fond sur vous, je suis sûr que vous allez être aussi négatif que moi, je vous habille de ma morale. » La projection peut être facilement accessible à une interprétation, comme dans ce phénomène de projection lié à un deuil : un jeune homme perd un cousin dans un accident dont il est responsable : « J'ai l'impression qu'il me guette, qu'il me regarde de là-haut, qu'il m'en veut. Tout ce qui m'arrive de négatif, c'est comme si c'était lui qui le faisait arriver. » Ces sentiments de persécution peuvent traduire l'expulsion du jugement de son surmoi pour éviter la culpabilité, projection qui s'avère en fait coûteuse. Après l'interprétation : « Je me demande si ce n'est pas votre culpabilité qui vous fait penser à ça », le sentiment de persécution disparaît.

Cette forme de projection peut être utilisée par le thérapeute. Reid, un psychanalyste superviseur, écrit :

« Le thérapeute voit communément des parties de lui-même dans le patient. D'habitude, une part perçue comme "mauvaise" ou symptomatique, est externalisée et projetée sur le patient. Un accent indu peut être placé sur un sujet particulier qui est conflictuel pour le thérapeute (sexe, agression, contrôle, etc.). Bien que souvent rationalisées comme étant "dans l'intérêt du patient", de telles réactions contre-transférentielles représentent des gratifications inconscientes du thérapeute ou des tentatives répétées de maîtrise de ses propres aires de difficultés, plutôt qu'une vraie orientation vers le progrès thérapeutique » (1980, p. 79).

2.2.2 Cas de la projection où la pulsion est toujours ressentie

Dans une autre forme de projection, la pulsion est toujours ressentie. Le terme de projection a été utilisé par Freud (1911) pour décrire des cas où le sujet persiste à éprouver la pulsion projetée : « [...] la proposition "Je le hais" se transforme grâce à la projection, en cette autre "Il me hait" (me persécute), ce qui alors justifie la haine que je lui porte » (p. 308) et fait apparaître sa propre haine comme une réaction légitime ; le sujet se débarrasse de sa culpabilité mais pas de sa haine, qu'il continue à éprouver.

Joan Riviere (1937) a vu dans un mécanisme semblable, où la pulsion est toujours éprouvée, « notre première mesure de sécurité » (p. 19) dont il est fait un usage « universel » (p. 19) pour se défendre des forces destructrices

internes : « Je soutiens que ce que nous craignons le plus, ce sont les forces destructrices qui opèrent en nous contre nous-mêmes » (p. 21). Cette « agressivité première qui constitue un danger est expulsée et localisée ailleurs en tant que chose mauvaise » (p. 22). « Ayant réussi dans notre esprit à localiser le danger à l'extérieur de nous et à le concentrer, nous procédons alors à une deuxième manœuvre projective, qui consiste à décharger les pulsions agressives en nous sous forme d'une attaque contre ce danger extérieur » (p. 22).

2.3 La rationalisation

La rationalisation est une réponse aux conflits et aux stress « en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées » (DSM-IV, p. 756). La rationalisation est une justification tendancieuse recourant à la logique ou à la morale, permettant au sujet de se cacher ses véritables motivations, qui ne sont pas perçues par la conscience. La rationalisation substitue une raison plausible, socialement, moralement ou narcissiquement acceptable, à une motivation moins acceptable. La rationalisation, en tant que mécanisme inconscient et involontaire, est à distinguer de la falsification délibérée utilisée pour tromper, manipuler et tenter de dissimuler aux autres ses véritables intentions dont le sujet a pleinement conscience. Plus subtile est la distinction entre la rationalisation et l'auto-tromperie où le sujet se ment à lui-même et essaie de se convaincre, ce que l'on peut rencontrer dans les rationalisations renforçant un déni. On est à nouveau en présence d'un processus intermédiaire entre la défense et le coping.

La rationalisation renforce d'autres mécanismes de défense : elle peut venir justifier la manifestation de la pulsion, en masquer la satisfaction au sujet et ainsi servir le déni comme, par exemple, dans le cas d'attitudes sadiques déguisées aux yeux du sujet en attitudes éducatives ou en défense d'une cause prétendument noble. Un sujet dépendant de l'héroïne qui se livre à des violences dénie son agressivité qui est renforcée par une rationalisation : « C'est le produit qui faisait les choses, c'était pas moi. » « C'est vrai que je suis pas mal assez râleur, enfin assez râleur... mais euh... mais, souvent il y a une raison, je m'énerve pas pour rien en général, enfin... C'est tout le temps plus ou moins justifié... », dit un autre. Un sujet minimise et

dénie ces difficultés relationnelles, et explique sa solitude en ces termes : « C'est parce que je suis trop indépendant. »

La rationalisation peut renforcer d'autres défenses en en justifiant les manifestations, comme dans le cas des formations réactionnelles.

3. Le niveau de distorsion majeure de l'image

Ce niveau regroupe des mécanismes de défense dont la mise en jeu provoque une distorsion majeure de l'image de soi et des autres : le clivage, l'identification projective, la rêverie autistique.

3.1 Le clivage

Le clivage est une réponse aux conflits et aux stress « en compartimentant des états affectifs opposés et en échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes. Les affects ambivalents ne pouvant être éprouvés simultanément, des représentations de soi et des autres et des attentes vis-à-vis de soi et des autres plus nuancées sont exclues de l'expérience émotionnelle. Les images de soi et d'objet tendent à alterner entre des pôles opposés : être exclusivement aimant, puissant, respectable, protecteur et bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant et sans valeur » (DSM-IV, p. 757). « Le sujet parle en général de certains individus en termes entièrement négatifs, comme si l'univers était partagé en deux camps, le bon et le mauvais » (Perry, 2004).

Le clivage a été décrit par Mélanie Klein avec les défenses primitives (idéation, dévaluation, identification projective, contrôle omnipotent et déni primitif) qu'elle opposait aux défenses névrotiques fondées sur la répression.

Le clivage traduit la division du soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises et se manifeste par le renversement soudain et complet de tous les sentiments et conceptions concernant soi-même ou une personne particulière. Un exemple d'expression du clivage : « Des fois j'ai super confiance en moi bien que je sais que je suis grosse, des fois, j'ai

vraiment l'impression d'être superbe, même mon corps ne me pose plus de problèmes, je me sens féminine, je me sens bien, et puis le lendemain, je me sens nulle, je me sens obèse, je n'ai plus envie d'aller nulle part, je passe vraiment d'un extrême à l'autre, mais ça, ça fait partie de ma personnalité, je passe toujours d'un extrême à l'autre, et que ce soit par rapport à la nourriture, par rapport au travail, par rapport à tout quoi. »

Le clivage est associé au déni : quand il passe d'un état à un autre, le sujet dénie l'état antérieur. Quand il est sous l'emprise d'une image de soi et d'objet, les autres images de soi et d'objet sont déniées. Kernberg *et al.* (1989) donnent comme exemple typique du déni la présence de deux domaines de la conscience affectivement indépendants, résultant du clivage :

« Le sujet est conscient que ses perceptions, ses pensées, ses sentiments concernant lui-même ou les autres sont à certains moments complètement opposés à ceux éprouvés à d'autres moments, mais cette reconnaissance n'a aucune conséquence émotionnelle et ne peut influencer son état d'esprit actuel » (p. 6-7).

Le clivage est caractéristique des troubles sévères de la personnalité. Mais des formes atténuées s'observent aussi à l'adolescence et dans les organisations névrotiques.

Selon Kernberg, le clivage est au centre de l'organisation défensive des états limites, des troubles les plus sévères de la personnalité et des psychoses comme le refoulement l'est pour les névroses.

Dans les troubles sévères de la personnalité, le clivage est responsable de ressentis de soi et des autres qui sont très polarisés, irréalistes, superficiels et très chargés affectivement. Le clivage y est typiquement instable et conduit souvent à des oscillations rapides et chaotiques entre des ressentis de soi et des autres idéalisés ou persécutoires (Caligor *et al.*, 2007). De cette façon, le clivage cause des distorsions flagrantes de la réalité interpersonnelle. Le clivage a typiquement des manifestations comportementales et s'exprime fréquemment par des comportements perturbateurs (Caligor *et al.*, 2007).

Le clivage et les autres mécanismes de défense primitifs ont des fonctions différentes dans les états limites et les psychoses. Dans l'état limite, le clivage protège le moi des conflits intrapsychiques, en dissociant les représentations

contradictaires de soi et des autres : le clivage protège le sujet « d'une ambivalence intense et d'une redoutable contamination de toutes les relations d'amour par la haine » (Kernberg, 1975, p. 230). « Aussi longtemps que ces états contradictoires du moi peuvent être maintenus séparés les uns des autres, l'angoisse liée à ces conflits est évitée ou contrôlée » (Kernberg, 1984, p. 32). Dans la psychose, ils préserveraient d'une perte totale des frontières du moi. L'interprétation du clivage tend à renforcer le fonctionnement du moi et l'épreuve de réalité chez l'état limite, alors que, chez le sujet psychotique, elle peut provoquer une régression et une altération du sens de la réalité (Kernberg, 1975).

3.1.1 Le clivage et la symptomatologie de la personnalité limite

La personnalité limite (état limite) est l'exemple d'un trouble psychopathologique dont le fonctionnement et la symptomatologie sont principalement l'expression d'un mécanisme de défense, le clivage. La clinique de la personnalité limite peut se décrire dans trois cadres : le clivage du moi, le clivage de l'objet, le clivage du surmoi. Ces manifestations du clivage rendent compte de l'essentiel de la symptomatologie de la personnalité limite et de l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-IV.

■ Le clivage du moi

Le clivage du moi explique largement le trouble de l'identité (critère 3 de la personnalité limite du DSM-IV : instabilité importante de l'image de soi marquée par des changements soudains des conceptions de soi, des projets, des attitudes, des comportements) : « je change très vite de caractère, de comportement » ; « j'arrive pas à savoir ce que je veux faire, où je veux aller, je change souvent d'avis, toute seule j'arrive pas à me définir, à savoir ce que je veux, ce que j'aime, à une personne je dis que j'aime le cinéma, à une autre, dix minutes après, que je l'aime pas, quand je suis seule, je sais pas où est la vérité » ; « je pense quelque chose et puis, en fait, je trouve toujours quelque chose pour penser le contraire. En fait, je suis pas capable de comprendre ce que je veux... en fait, je ne me comprends pas du tout » ; « dans mes rapports aux autres, je ne vais pas être la même, alors, je me demande qui je suis vraiment ». Le degré de conscience du trouble de l'identité est variable : le plus souvent, le déni en empêche la prise de conscience.

Ce trouble de l'identité contribue au sentiment chronique de vide (critère 7) : un sujet se plaint d'une « sensation de vide » et dit : « Je veux arriver tout seul à trouver une identité », associant ainsi la sensation de vide et l'absence d'un sentiment intégré d'identité.

L'instabilité affective (critère 6) est marquée par d'intenses épisodes de dépression, d'irritabilité ou d'anxiété durant quelques heures et rarement plus de quelques jours qui renvoient largement à un clivage du moi (« Il y a des jours où je déplacerais des montagnes, des jours où je me sens faible, toute petite, j'ai des hauts et des bas » ; « Je change tout le temps, ça peut être des périodes où je suis très en colère, juste après, je suis nostalgique et puis après je pète la forme » ; « Je peux être gaie, subitement changer de masque... avoir l'aspect de la déprime »).

Les gestes suicidaires ou automutilations répétées (critère 5) peuvent avoir le sens d'attaques des mauvaises parties de soi (« Je voulais tuer le mal en moi »). Ce moi clivé est un moi affaibli, d'où, également, l'impulsivité et le mauvais contrôle pulsionnel (critère 4), ainsi que la déficience de la sublimation.

■ Le clivage de l'objet

Le clivage de l'objet en parties bonnes et mauvaises peut se manifester par un changement soudain de la conception des autres conditionnant des relations interpersonnelles intenses et instables (critère 2). La projection du bon objet sur l'autre se manifeste par son idéalisation, qui entraîne un investissement rapide et massif ; cette idéalisation et les attentes irréalistes qu'elle conditionne rendent inévitables les déceptions qui provoquent le renversement, l'inversion de la conception de l'autre, sur qui est alors projeté le mauvais objet : d'où rupture ou oscillation entre des vues opposées d'une même personne ressentie tantôt comme bienveillante et prête à tout donner, tantôt comme rejetante et cruelle (« Je suis dans l'idéalisation des gens, si je suis déçue, je prends la tangente » ; « Avec mon ex, là maintenant, c'est clair que je souhaite sa mort, je passe d'un extrême à l'autre » ; « Pour moi, c'est tout blanc ou tout noir »).

La projection du mauvais objet persécuteur dans le monde extérieur participe à rendre compte des colères inappropriées (critère 8) et des idéations paranoïdes liées au stress (critère 9). Les angoisses d'abandon et les efforts

frénétiques pour éviter l'abandon (critère 1) peuvent exprimer la conviction d'une personne qui se sent faible et mauvaise de devoir être abandonnée par une personne idéalisée (« quand je tombe gravement amoureuse, j'ai toujours peur qu'il me quitte et ça me déprime »).

■ Le clivage du surmoi

Le clivage du surmoi se manifeste par un système de valeurs immatures, des attitudes morales contradictoires et versatiles et des comportements antisociaux.

Un cas illustre les relations entre clivage, dépendance, désir incestueux et comportements suicidaires dans une organisation limite (Chabrol et Sztulman, 1997). Une jeune boulimique était obsédée par des idées de suicide et avait pris plusieurs fois des doses importantes de benzodiazépines « pour s'assommer ». La relation avec sa mère était clivée : elle disait « Je ne la supporte plus, elle essaie de tout gérer, cela m'énerve » mais aussi : « J'ai envie d'être sa petite fille, qu'elle me prenne totalement en charge. » Confrontée à cette contradiction, elle reconnaissait qu'elle « avait l'impression de parler de deux personnes différentes ». Elle admirait son père : « C'est pour lui que je veux être parfaite. » Elle prenait le parti de son père dans ses conflits avec sa mère. Un rêve révéla ses désirs œdipiens, le rôle du clivage dans ses défenses contre leur reconnaissance et leur lien avec ses tendances suicidaires : « Papa avait amené à la maison une maîtresse, une jeune fille très jeune, de mon âge ; elle s'était installée à la maison et maman laissait faire et j'essayais par tous les moyens de raisonner mon père et j'ai vraiment essayé de la tuer. À la fin, j'ai essayé de me suicider, j'ai fait du chantage. Si elle partait pas, c'était moi. J'éprouvais dans le rêve un sentiment de jalousie horrible, c'était de la rage, j'étais hystérique. »

Dans ce rêve, la jeune maîtresse de son père semble incarner la mauvaise partie d'elle-même et ses désirs incestueux clivés, mais aussi la rivale œdipienne. Suicide et désir de meurtre de la rivale apparaissent liés. Les désirs incestueux et matricide conditionnaient une haine de son corps et de sa sexualité qui dominait sa vie psychique consciente. Depuis l'enfance, elle s'était sentie obligée de se masturber : « Je me masturbais très jeune, sans savoir ce que je faisais avec un sentiment de quelque chose qui me faisait du mal. J'étais entourée de rats, de tortures... Après, mes fantasmes restaient des viols... C'était dégueulasse... L'idée de prostitution. » La haine

du corps sexué s'exprimait par des périodes de jeûne sévères et prolongées, par des crises boulimiques graves suivies de vomissements, par des crises d'alcoolisation massive avec promiscuité sexuelle. Quand elle était anorexique et qu'elle perdait du poids, elle sentait qu'elle était « pure » et qu'elle « n'était plus dangereuse » car elle n'éprouvait plus de désirs sexuels. Elle se vivait alors comme une enfant parfaite, mais, très vite, elle « retombait dans le vice » et se sentait « laide » et « sale » (« Je me dégoûte »). Elle éprouvait alors des angoisses horribles et les idées de suicide l'envahissaient. Le clivage était impuissant à protéger la bonne partie d'elle-même contre les mauvaises parties dont les idées de suicide paraissaient traduire le besoin de se débarrasser. Les épisodes d'intoxication aux benzodiazépines représentaient des passages à l'acte suicidaire qui lui permettaient d'avoir l'impression de retrouver un certain contrôle et de reprendre les comportements de purification, le jeûne et les exercices physiques intensifs.

3.1.2 Les autres formes de clivage

Freud (1946) a désigné par clivage du moi un phénomène qui se traduit par la coexistence au sein du moi de deux attitudes contradictoires. Le clivage est un terme initialement employé par Freud pour désigner un mécanisme spécifique qu'il voit surtout à l'œuvre dans le fétichisme et les psychoses. Il s'agit pour lui de la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes à l'égard de la réalité extérieure, l'une qui accepte la réalité, l'autre qui la dénie. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement (Laplanche et Pontalis, 1967). Ce clivage du moi apparaît comme la conséquence d'un déni. Freud a ensuite étendu le clivage du moi à la coexistence de « deux attitudes psychiques différentes, opposées, et indépendantes l'une de l'autre » qui devient un caractère général des névroses, où « l'une des attitudes est le fait du moi tandis que l'attitude opposée, celle qui est refoulée, émane du ça » (p. 80) ; c'est le fait que la réussite du refoulement n'est « jamais totale, absolue » (p. 80) qui explique que les « deux attitudes contradictoires se manifestent toujours » (p. 81).

Kernberg et ses collaborateurs ont décrit une forme de clivage atténuée, « moins extrême et plus stable », qu'ils appellent aussi dissociation (dissociation), observée dans les organisations névrotiques de la personnalité, qu'ils rattachent au clivage kleinien (Caligor *et al.*, 2007) mais qui paraît proche du clivage freudien du moi. « Les défenses fondées sur le clivage et la dissociation jouent aussi un rôle important dans les pathologies de personnalité de

plus haut niveau et dans leur traitement » (p. 30). La manifestation la plus commune de ce clivage est la « ségrégation » de motivations et d'aspects de l'expérience de soi conflictuels qui se trouvent compartimentés, séparés du sentiment dominant de soi. Comme dans les troubles sévères de la personnalité, le clivage est renforcé par le déni : le sujet dénie la signification des aspects clivés de l'expérience consciente qui sont incompatibles avec le sens dominant de soi. Ce clivage évite les dangers psychologiques associés à l'intégration de motivations conflictuelles : « Les patients dissocient fréquemment la dépendance et l'agression ; l'amour et/ou la dépendance de la sexualité ; et l'agression de l'amour et de la tendresse » (Caligor *et al.*, 2007, p. 47). Kernberg *et al.* donnent des exemples : une femme assertive et efficace dans sa vie professionnelle qui se montre excessivement soumise et passive dans sa relation conjugale ; un homme, clivant les relations d'objet sexuelles et les relations de dépendance, qui ne peut prendre plaisir aux relations sexuelles avec sa femme qu'en vacances ou qui réserve son activité sexuelle à sa maîtresse, pour qui il n'éprouve aucune tendresse, mais qui maintient une relation d'amour mais asexuée avec son épouse et qui ainsi évite les sentiments d'anxiété, de culpabilité, de honte ou de peur associés dans son esprit avec le fait d'éprouver désirs sexuels et amoureux simultanément envers la même personne. Ces situations peuvent également se comprendre en termes de refoulement et de déplacement, aboutissant à la coexistence d'attitudes contradictoires, évoquant le clivage freudien. Ce qui fait la spécificité de l'apport de Kernberg *et al.*, c'est l'accent mis sur le rôle du déni, qui empêche le sujet de se confronter à ses contradictions.

Les deux formes de clivage, clivage freudien du moi et clivage kleinien, peuvent coexister et participer au déterminisme du même symptôme. Une adolescente anorexique parla du fantasme de ne plus avoir d'organes génitaux internes après une tentative de suicide médicamenteuse. Mais, alors qu'elle s'était habillée de façon enfantine jusqu'alors, elle se vêtit et se maquilla d'une façon très féminine. Elle restait satisfaite de son absence de règles, mais elle devint très préoccupée par la petitesse de ses seins et convainquit son père de l'amener consulter un chirurgien plasticien pour demander une intervention d'augmentation du volume des seins. Le clivage du moi, au sens premier de Freud, permet là de voir coexister deux attitudes opposées à l'égard du corps sexué. Si, selon Freud, le fétichiste à la fois dénie et reconnaît la castration dans ses relations au corps de la femme et à son corps propre, cette adolescente paraît également simultanément reconnaître et dénier la castration. Freud remarque que le fétichisme, qui n'est

souvent que partiel, peut autoriser, dans une plus ou moins large mesure, un comportement sexuel normal. Dans un certain parallèle, chez cette adolescente, le fantasme de castration permet de revendiquer la sexualisation du corps. Ce qui apparaît un clivage du moi, au sens freudien, semble aussi renvoyer au clivage kleinien, la mauvaise partie de soi clivée paraissant projetée dans les organes génitaux internes, dont le déni permet l'acceptation du corps sexué (Chabrol et Sztulman, 1997).

3.2 L'identification projective

L'identification projective est un concept introduit par Mélanie Klein (1946) qui désigne un mécanisme consistant à projeter un contenu mental sur une autre personne et à l'induire en elle. Si Mélanie Klein situait l'identification projective du côté pathologique, Bion (1957) a distingué une identification projective normale, mécanisme essentiel des interactions précoces par lequel la mère contient, « rêve » et transforme les angoisses primitives du bébé. Cette identification projective normale est à la base de l'empathie. À l'inverse, l'identification projective pathologique est un processus violent d'effraction du psychisme de l'autre, consistant à projeter dans l'autre des aspects intolérables de soi, à le coloniser en les lui faisant éprouver et en le contrôlant de façon omnipotente pour qu'il ne puisse y échapper. Cependant, selon Bion, les identifications projectives normales et pathologiques sont souvent associées.

C'est l'identification projective pathologique qui est définie dans le DSM-IV comme un « mécanisme par lequel, comme au cours de la projection, le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Cependant, à la différence de la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions, mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. Il n'est pas rare que le sujet induise chez l'autre les sentiments mêmes qu'il lui avait faussement attribués, rendant difficile de clarifier qui a fait quoi à qui le premier » (p. 756).

Pour Kernberg (1987), « induire inconsciemment dans l'objet ce qui est projeté dans l'interaction présente avec l'objet » (p. 140) fait partie de la

définition de l'identification projective. Pour Joseph (1987), l'identification projective « consiste par sa nature même à placer des parties de soi dans l'objet » (p. 108). La personne qui projette exerce une pression interpersonnelle qui pousse l'autre à éprouver et à s'identifier inconsciemment avec ce qui a été projeté, à le reconnaître comme sien (Gabbard, 2004). L'identification projective opère « une effraction délétère dans l'autre » (Agostini, 2003, p. 15) aboutissant à une « colonisation » (Schafer, 1997). Une des caractéristiques de l'identification projective est de maintenir l'autre prisonnier de l'expérience projetée, comme l'a souligné Kernberg (1989). Cet aspect distingue l'identification projective de la projection, où la pulsion demeure ressentie.

L'identification projective est difficile à reconnaître avec certitude dans le fonctionnement relationnel du sujet à partir des informations subjectives et nécessairement biaisées qu'il en donne, quels que soient ses efforts de sincérité. Elle peut être inférée des observations des interactions en thérapies familiales où on la retrouve généralement dans les familles très perturbées.

Il est difficile au thérapeute de se soustraire à l'omnipotence et à la violence des identifications projectives qui risquent de le contrôler, de le réduire à l'impuissance ou de le pousser à agir. Le thérapeute peut éprouver la puissance et le caractère contraignant de l'identification projective, qui « peut se diagnostiquer grâce [...] à l'activation en lui-même [le thérapeute] de dispositions affectives puissantes qui reflètent ce que le patient est en train de projeter » (Kernberg, 1987, p. 150-151). L'identification projective négative peut faire éprouver au thérapeute des ressentis pénibles intenses ou persistants : peur, colère, rage, haine, jalousie, mépris, abattement, désespoir, impuissance, sentiment d'être mauvais, incompetent, sentiments d'intrusion, de contrainte, d'emprise ou de possession, sentiment de confusion ou de folie, ou vécu d'impulsions irrésistibles.

Mais il est caractéristique que le thérapeute ait beaucoup de difficultés à se rendre compte que l'expérience émotionnelle qu'il éprouve est induite par le patient. Le thérapeute tend à éprouver cette souffrance comme liée à ses difficultés et conflits personnels d'autant que l'identification projective est habituellement une co-construction, les projections du patient entrant en résonance avec certains éléments psychiques du thérapeute. Kernberg (1991) a comparé l'identification projective à « une formation de compromis qui inclut des éléments provenant à la fois du patient et de son propre soi »

(p. 123). « Même quand le contre-transfert est éprouvé par les thérapeutes comme une force étrangère balayant tout en eux, ce qui se passe réellement est qu'une représentation de soi ou d'objet chargée affectivement et refoulée a été activée par la pression personnelle du patient » (Gabbard, 2004, p. 140).

La reconnaissance par le thérapeute de l'identification projective est rendue encore plus difficile par l'inhibition ou la désorganisation de la pensée qu'elle peut induire chez le thérapeute. Il peut se sentir « bouleversé », « paralysé », « médusé », « submergé », incapable de penser :

« Lors d'une séance..., les bombardements de sarcasmes et d'arrogance me pilonnaient si intensément que j'ai senti mon corps se paralyser, se durcir et se réduire sous l'emprise de contractions irrépressibles. J'avais froid. J'ai progressivement réalisé que ce n'était pas les mots en soi mais le ton - registre infraverbal - qui était concrètement blessant et qui me pétrifiait d'effroi. J'étais médusé, sous l'emprise d'une possession. "Qu'est-ce qui m'arrive ?", ai-je pensé. Je ne pouvais parler, ce qui accentuait les bombardements d'Hélène » (Agostini, 2003, p. 18).

Si, pour Bion, l'analyste doit être capable de « penser sous les bombardements », comme un officier sur le champ de bataille, il sera souvent nécessaire de réfléchir entre les séances ou de faire appel à une supervision : « Il faut réfléchir très fort à ce qui est en train de se passer, ou même demander conseil » (Sandler, 1991, p. 123) ; « Très souvent, les sentiments puissants engendrés par la thérapie ne peuvent être compris qu'entre les séances » (Gabbard, 2004, p. 141). Tout affect intense ou perturbant éprouvé en séance par le thérapeute doit, par principe, lui faire évoquer l'intervention d'un mécanisme d'identification projective. D'autres fois, le thérapeute peut remarquer qu'il ne se comporte pas comme d'habitude : « Quand le sentiment de "Je ne suis pas moi-même" apparaît, les thérapeutes devraient considérer attentivement ce qui se trame entre eux et leurs patients » (Gabbard, 2004, p. 140).

Les attitudes de déni qui peuvent être induites par le patient contribuent à faire obstacle à la reconnaissance de l'identification projective. Joseph (1987) évoque le fait que le patient puisse projeter dans le thérapeute ce qui lui est intolérable « mais aussi ses défenses contre celui-ci » (p. 110). À l'opposé des positions des écoles lacaniennes qui recommandent au thérapeute de se détourner de son vécu intérieur au profit d'une attention

précise au discours du patient, Joseph affirme l'importance majeure de l'auto-observation des émotions du thérapeute pour la reconnaissance de l'identification projective : « Ce que nous devons faire [...] c'est d'essayer d'atteindre l'émotion, l'affect, ce qui est vécu et agi émotionnellement pendant la séance, plutôt que de se laisser piéger par le contenu du discours, comme si c'était celui-ci qu'il nous fallait comprendre » (p. 128-129). On est donc en présence de deux conceptions et modes de pratiques irréductiblement opposés de la psychanalyse.

Kernberg a insisté sur le besoin de contrôler la personne sur laquelle ont été projetés les aspects intolérables de l'expérience intrapsychique. Ce contrôle aboutit souvent à induire chez l'autre l'affect dont le sujet veut inconsciemment être débarrassé, à obtenir qu'il se conduise d'une façon qui valide la projection et légitime ce que ressent le sujet et à maintenir l'autre prisonnier de cet aspect projeté. Ainsi quelque chose d'intolérable à l'intérieur du soi semble venir de l'extérieur. Contrôler l'objet peut alors donner l'illusion inconsciente de contrôler l'aspect indésirable et projeté du soi. Ce processus d'induction et de contrôle s'effectue par des comportements verbaux et non verbaux. Selon Kernberg (1987), il ne faut pas « sous-estimer l'aspect comportemental de l'identification projective » : l'affect n'est pas induit chez l'autre « par magie » mais par « des aspects subtils du comportement non verbal » du sujet, par « son style linguistique, etc. » (p. 124-125). Voici un exemple d'identification projective où le sujet a conscience de cette induction : « Je recherche cette situation de conflit. J'ai l'impression de reproduire une situation avec ma mère. Je lui dis : "J'aime pas quand tu cries, j'ai l'impression que tu vas me gifler." Quand il crie, j'ai l'impression de voir ma mère. Je le pousse à avoir des réactions comme ma mère. Avant, il ne criait jamais. Je voudrais arriver à arrêter de le provoquer. »

Deux types d'identification projective ont été décrits : l'identification projective concordante, où les mêmes affects sont éprouvés par le sujet et par l'autre, et l'identification projective complémentaire, où les sentiments éprouvés par le sujet et par l'autre sont opposés.

3.2.1 L'identification projective concordante

Dans l'identification projective concordante, le sujet induit chez l'autre un affect semblable à celui qu'il veut désavouer.

La projection de l'agressivité induit chez l'autre des sentiments agressifs et le fait percevoir comme menaçant et agressif. Le sujet éprouve son agressivité comme une réaction légitime à l'hostilité qu'il perçoit chez l'autre. Dans une relation thérapeutique, le sujet se montre méfiant, dévalorisant et hostile envers le thérapeute et lui reproche de se conduire de façon rejetante, méprisante et agressive. Le thérapeute peut se sentir victime d'une attaque injuste ou d'une tentative de manipulation et éprouver des sentiments d'injustice, de colère et de révolte qui le poussent à contre-attaquer et à rejeter le patient. Le thérapeute peut se sentir l'objet d'une tentative de contrôle sadique, d'une manipulation perverse pour le contraindre à perdre la maîtrise de lui-même et à se conduire d'une manière agressive. Le patient considérera alors sa propre colère comme une réaction légitime à ce que le thérapeute laisse transparaître ou agit de ses sentiments négatifs. Le thérapeute peut être convaincu que le patient s'acharne à le provoquer, à le pousser à se conduire d'une façon négative qui détruit l'image qu'il se fait de lui-même comme thérapeute. Le vécu persécutif du thérapeute peut être renforcé par des remarques caustiques du patient sur le comportement non thérapeutique du thérapeute. Ce type de conduite peut exprimer un véritable comportement pervers mais cette éventualité semble beaucoup moins fréquente que l'identification projective où le patient est lui-même persuadé d'être victime d'agression de la part du thérapeute.

La projection des parties dévaluées, faibles, dépressives de soi, conduit l'autre à se sentir déprimé. Dans une relation thérapeutique, la projection de ces parties dépressives de soi fait que le thérapeute se sent impuissant, dépassé, incapable (« ce qu'il me semblait être en train de faire était de mettre du désespoir en moi... Il m'envahissait de désespoir », cf. Joseph, 1987, p. 109-110). Le sujet a alors l'impression que c'est le thérapeute qui le décourage et l'accable par sa passivité, son pessimisme ou son inefficacité.

Par la projection de désirs sexuels refusés, le sujet induit le désir chez le thérapeute par des attitudes de séduction déniées et ressent son désir comme la conséquence d'une séduction par le thérapeute.

La projection des aspects idéalisés de soi, dans une relation thérapeutique, induit chez le thérapeute un sentiment de supériorité et le pousse à remplir le rôle d'objet idéal. Le sujet a alors l'impression que son sentiment de supériorité est justifié par l'estime ou l'admiration du thérapeute. Ce type

d'identification projective s'observe principalement chez les personnalités narcissiques qui cherchent à obtenir des gratifications narcissiques de la part du thérapeute : « Les psychothérapeutes qui, eux-mêmes, présentent de fortes tendances narcissiques, peuvent parfois être facilement entraînés par leurs patients dans une sorte d'admiration magique et mutuelle » (Kernberg, 1975, p. 131).

3.2.2 L'identification projective complémentaire

Dans l'identification projective complémentaire, les sentiments éprouvés par le sujet et l'autre ne sont pas identiques mais opposés. Ce mode d'identification projective permet d'éviter des sentiments pénibles comme la faiblesse, la peur, la dépendance, l'envie, et de les remplacer par les sentiments contraires.

La projection des aspects dévalués du sujet lui fait éprouver un sentiment de supériorité et de triomphe sur l'autre qui se sent faible, incapable.

Betty Joseph (1987) donne l'exemple d'un jeune enseignant qui décrivait ses collègues comme envieux de ses compétences. Ce patient discutait et contestait les interprétations de telle façon qu'il rendait sa thérapeute confuse et qu'elle en arrivait à douter d'elle-même : « Il répondait du tac au tac et avec force arguments, comme si une petite explosion avait lieu, qui non seulement chasserait de son esprit ce que je pourrais dire, mais qui pénétrerait aussi dans mon esprit et fragmenterait mes pensées du moment » (p. 105). Elle se sentait vieille, incompetente et dépassée. Elle put se dégager de cette emprise en y voyant l'intervention d'un mécanisme d'identification projective marqué par la projection des parties envieuses, dépendantes et menacées sur le thérapeute, l'induction chez le thérapeute d'un sentiment de faiblesse et l'activation chez le sujet d'un sentiment de supériorité, dans le but de protéger et de maintenir un équilibre narcissique omnipotent.

Kernberg (1987) a décrit une interaction thérapeutique où les attitudes condescendantes de la consultante faisaient éprouver au thérapeute un sentiment de découragement et d'incompétence. À la séance suivante, il prit conscience qu'il représentait l'image qu'elle se faisait d'elle-même, dévaluée et projetée sur lui, alors qu'elle-même s'identifiait à la supériorité hautaine de sa mère.

Kernberg *et al.* (1989) décrivent une thérapeute qui, pendant des semaines, s'était sentie paralysée par une patiente qui l'attaquait chaque fois qu'elle parlait, mais aussi quand elle ne parlait pas. La thérapeute se sentait réduite à la passivité, et la patiente en vint à demander de changer de thérapeute. Celle-ci se rappela alors que la patiente avait parlé lors de l'évaluation de sa peur de la passivité, qui la frappait lorsqu'elle débutait une dépression. Elle dit alors que la patiente l'avait contrainte à l'inaction par ses attaques répétées et avait induit en elle la passivité qu'elle haïssait en elle-même. Rendre la thérapeute passive permettait à la patiente de dénier sa propre passivité. Cette interprétation de l'identification projective amena la patiente à parler les larmes aux yeux de sa peur de la passivité et à abandonner sa demande de changement de thérapeute.

D'autres formes d'identification projective complémentaire peuvent se produire, comme la projection des aspects faibles et craintifs de soi sur l'autre, qui se dévalorise et se soumet, alors que s'active chez le sujet l'identification à une image parentale sadique. Ce mécanisme paraît jouer un rôle majeur dans certaines situations de harcèlement. Voici un exemple de ce type d'identification projective (Chabrol, 2012).

« Une jeune adulte, Aude, vint accompagnée par sa mère qui se plaignait de ses troubles du comportement. Selon elle, sa fille était irresponsable et incontrôlable. Pour exprimer sa désapprobation, sa mère prenait un visage dur et s'exprimait d'une voix tantôt hautaine et glacée, tantôt en colère et menaçante. J'étais impressionné par l'intensité

Une séance où j'étais en retard, son comportement changea brutalement : furieuse, elle me cria sa colère, me reprochant de la maltraiter et de la rejeter alors qu'elle m'avait fait confiance, qu'elle m'avait tout dit, que j'étais un « dieu » pour elle. Elle se sentait trahie et abusée. Interloqué, envahi par la peur d'être agressé, je me sentais « paralysé », incapable de réagir de façon adéquate. Dès que j'essayais de parler, elle me coupait la parole.

Elle quitta brusquement le bureau en claquant violemment la porte. Elle me rappela au téléphone, disant que c'était « ignoble d'abuser de la confiance des autres » et affirma d'un ton menaçant qu'elle viendrait à la prochaine séance. Je la sentais paranoïde et ne pouvais m'empêcher d'éprouver la peur qu'elle vienne m'attaquer, armée d'un couteau ou d'un pistolet qu'elle avait dit posséder.

En repensant à la dernière séance, je fus frappé par le fait qu'elle avait parlé avec une voix complètement différente de sa voix habituelle : elle avait eu alors exactement la voix menaçante de sa mère. Lors de l'appel téléphonique, elle avait eu la voix hautaine et glacée de sa mère. Je m'étais senti dominé, apeuré, dans la position de la patiente écrasée par sa mère lors de leur première rencontre.





À la séance suivante, je pus lui exprimer ces réflexions et lui soumettre l'interprétation suivante : je me demandais si, dans les situations où elle se sentait critiquée et rejetée, elle ne réagissait pas des attaques pour éviter de se sentir faible, dominée et inférieure ; dominer l'autre et le rendre faible lui permettait

de se sentir forte et d'écarter les sentiments de faiblesse et d'infériorité. Dans la suite de la thérapie, Aude révéla un passé de sévices physiques graves exercés par sa mère alcoolique, avec qui elle avait vécu seule de nombreuses années de son enfance. »

À l'inverse, la projection des parties sadiques de soi active chez le sujet des attitudes de soumission passives et masochistes, tandis que l'autre est poussé à adopter un rôle sadique. Les patients masochistes peuvent ainsi induire des attitudes sadiques chez les thérapeutes.

Chez les sujets ayant une personnalité limite, la relation psychothérapique peut activer précocement l'identification projective qui tend à se manifester par une rapide alternance entre les moments où une représentation de soi est projetée, le sujet restant identifié à la représentation d'objet correspondante, et des moments où la représentation d'objet est projetée, le sujet s'identifiant à la représentation de soi correspondante :

« Une image maternelle primitive sadique peut être projetée sur le thérapeute, alors que le patient se voit lui-même comme le petit enfant effrayé, attaqué, saisi de panique ; un moment plus tard, le patient peut se voir comme l'image maternelle primitive sévère, interdictrice, moralisatrice (et extrêmement sadique), le thérapeute étant l'enfant coupable, sur la défensive, effrayé, mais révolté » (Kernberg, 1984, p. 167).

L'identification projective peut être un mécanisme familial. C'est le cas de parents projetant les parties mauvaises d'eux-mêmes sur un enfant dont les comportements concordant aux projections paraissent légitimer aux yeux des parents les sévices qu'ils exercent.

L'identification projective semble pouvoir fonctionner au niveau intergroupe : par exemple, un groupe éprouve un sentiment de supériorité par la projection des parties faibles dévalorisées des sujets qui le constituent sur un autre groupe chez qui est induit un sentiment d'infériorité et des attitudes de soumission.

3.3 La rêverie autistique

La rêverie autistique est une réponse aux conflits et aux stress « en substituant une rêverie diurne excessive aux relations interpersonnelles, à une action plus efficace ou à réfléchir à la résolution du problème » (DSM-IV, p. 755).

La rêverie autistique est à distinguer de la rêverie normale et de la rêverie dissociative. La rêverie est une activité normale chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Son absence est, au contraire, pathologique, témoignant d'une inhibition de la vie fantasmatique. L'imaginaire, conçu comme une activité de rêves et de fantasmes, consciente, préconsciente et inconsciente, est une fonction indispensable à l'équilibre psychique (de Tychey, 2001). La rêverie dissociative, correspondant à l'absorption dans l'imaginaire, décrit une forme de rêverie qui détache passagèrement le sujet de son environnement. La rêverie autistique se caractérise par son caractère envahissant, par la nature des fantasmes qui la sous-tendent et par l'importance du déni de la réalité. La rêverie autistique se rencontre principalement dans les personnalités limites ou psychotiques (« il me faut de la musique et un miroir, je peux pas rêver si j'ai pas de miroir, je peux passer trois heures devant ; ça peut être la même histoire, puis je peux trouver la suite, je me la raconte cent fois. Même si je suis avec des amis en vacances, je dois m'isoler pour penser à tout ça »).

La rêverie autistique est à rapprocher de la négation par le fantasme, décrite par Anna Freud (1946) chez l'enfant dont le moi refuse de reconnaître une partie désagréable de la réalité et « lui substitue des faits imaginaires totalement opposés » (p. 74). L'enfant distingue ce fantasme de la réalité mais, dans sa vie affective, « le fait réel pénible se trouve déprécié, de telle sorte qu'un plaisir imaginaire arrive à triompher d'un déplaisir réel » (p. 75). Chez l'adulte normal, la rêverie diurne a perdu son efficacité défensive contre une angoisse réelle et ne peut apporter « qu'un soulagement illusoire à un tourment mineur » (p. 76).

4. Le niveau de l'agir

Le niveau de l'agir regroupe des défenses par l'action ou le retrait : passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, agression passive.

4.1 Le passage à l'acte

Le passage à l'acte (*acting-out*) est une réponse aux conflits et aux stress « par des actions plutôt que par des réflexions ou des sentiments. Les passages à l'acte défensifs ne sont pas synonymes de “mauvais comportements”, car il est nécessaire de montrer qu'ils sont liés à des conflits émotionnels » (DSM-IV, p. 755). Cette définition restreint celle du DSM-III-R (1987), où le passage à l'acte était défini comme un « mécanisme par lequel le sujet agit sans réflexion et sans souci apparent des conséquences » (p. 448). Le DSM-IV propose, comme modèle du passage à l'acte, l'*acting-out* transférentiel, en précisant que leur conception de l'*acting out* recouvre des comportements survenant tant au sein de la relation transférentielle qu'en dehors d'elle. Par ailleurs, la définition du DSM-IV n'écarte pas le passage à l'acte impulsif, mais indique que les comportements antisociaux ne doivent être considérés comme des *acting-out* que si l'on peut montrer leur relation avec un conflit émotionnel. La répétition des actes impulsifs, agressifs ou dangereux manifeste d'abord une faiblesse du moi et un défaut de contrôle des impulsions. Ils se rencontrent principalement dans les personnalités psychopathiques et limites. Certains de ces actes peuvent être des passages à l'acte même si le lien avec un conflit intrapsychique n'est pas toujours facile à reconnaître.

Les passages à l'acte défensifs sont en effet une défense contre une expérience subjective intolérable et contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique : le sujet agit pour ne pas ou ne plus ressentir et pour ne pas savoir. L'acte s'oppose à la prise de conscience : c'est une « expulsion par l'acte » qui a une « valeur évacuatrice de la réalité psychique » (Green, 1974). L'acte est habituellement associé au déni qui peut être renforcé par des rationalisations. « Le passage à l'acte s'avère donc [...] un mode d'expression, mais aveuglant : dans tout passage à l'acte [...] subsiste une part irréductible d'opacité » (Cahn, 2000, p. 496). En thérapie, ces sujets opposent beaucoup de résistance à la tentative de les amener à réfléchir au sens de leur passage

à l'acte et ressentent habituellement très négativement cette démarche, qu'ils vivent comme intrusive ou persécutoire. Les adolescents perturbés s'expriment souvent en actes et ont un besoin inconscient de ne surtout pas leur donner un sens : ils ressentent de la haine pour le thérapeute, pour son attente de mots, sa quête de sens (Laufer, 1996).

Les passages à l'acte peuvent être rapprochés de la recherche de sensations, en particulier à l'adolescence. La recherche de sensations est un besoin exigeant de sensations nouvelles et excitantes, poussant aux conduites de risques physiques et sociaux. L'une des fonctions principales de la recherche de sensations est de se défendre contre des émotions intolérables en les remplaçant par des sensations : elle peut ainsi servir de défense contre la dépression ou l'anxiété.

Elle peut permettre de lutter contre les sentiments de vide : les sensations permettent alors au sujet de se sentir exister sans être exposé aux risques de l'engagement relationnel et des émotions trop perturbantes qu'il suscite. Les sensations viennent alors se substituer à des émotions intolérables, car elles manifestent le pouvoir de l'objet : les sensations permettent de se sentir exister en niant le besoin de l'autre, le besoin d'un lien libidinal à l'objet.

À l'opposé, l'absence de capacité au passage à l'acte peut renvoyer à une inhibition névrotique ou dépressive.

L'activisme est à distinguer du passage à l'acte : l'activisme décrit la dépendance psychologique à une hyperactivité souvent professionnelle dans laquelle le sujet décharge son angoisse chronique et qui peut renvoyer à des significations multiples : conduite addictive, formation réactionnelle, réparation.

4.2 Le retrait apathique

Le retrait apathique est une réponse aux conflits et aux stress par un repli sur soi, une restriction des activités extérieures et un état d'indifférence affective (DSM-IV).

Ce peut être une réaction de sidération à une situation de stress intense que l'on peut rapprocher d'une isolation massive des affects et du mécanisme

de dissociation. Les manifestations du retrait apathique posent un problème de diagnostic différentiel avec une réaction dépressive.

On le rencontre aussi chez les personnalités limites ou psychopathiques ou à l'adolescence, où il peut s'observer pour un stress ou un conflit modéré.

4.3 La plainte associant demande d'aide et son rejet

La plainte associant demande d'aide et son rejet est une réponse aux conflits et aux stress « par des plaintes ou des demandes d'aide répétées qui dissimulent une agressivité cachée ou des reproches à l'égard des autres qui s'expriment par le rejet des suggestions, des conseils ou de l'aide apportés par les autres. Les plaintes ou les demandes peuvent concerner des symptômes physiques ou psychologiques ou des problèmes de la vie » (DSM-IV, p. 755).

Cette défense permet au sujet d'exprimer son agressivité tout en la niant ; elle peut être une forme d'identification projective induisant chez l'autre une réaction agressive qui fera paraître légitime son agressivité au sujet. Cette défense doit être connue des thérapeutes, qui peuvent être déçus par des sujets qui à la fois réclament de l'aide et la rejettent ou la font échouer. On la rencontre associée aux traits de personnalité masochistes, limites et psychopathiques.

4.4 L'agression passive

L'agression passive est une réponse aux conflits et aux stress « en exprimant une agression envers les autres de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion masque la résistance, le ressentiment et l'hostilité. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des sujets en position de subordonnés qui ne peuvent s'affirmer plus ouvertement par d'autres moyens » (DSM-IV, p. 756).

On la rencontre souvent à l'adolescence en particulier face aux contraintes scolaires ou familiales (« Quand ma mère me dit : "Éteins la télé et va te mettre à table", eh bien je le fais pas, juste pour la faire chier »).

L'agression passive peut être une forme d'identification projective où le sujet tente inconsciemment d'induire chez l'autre un comportement de contrôle sadique complémentaire de son attitude de victime faussement soumise.

5. Le niveau de la dysrégulation défensive

Le niveau de la dysrégulation défensive décrit des mécanismes caractéristiques des psychoses aiguës et chroniques, la projection délirante, le déni psychotique et la distorsion psychotique. Ces mécanismes sont caractérisés par une rupture avec la réalité objective. Si Federn a pu dire que la psychose n'était pas une défense mais une défaite, ces mécanismes peuvent toutefois être une défense contre une désorganisation plus importante. Ils préserveraient d'une perte totale des frontières du moi. L'intervention de ces mécanismes de défense ne préjuge pas du déterminisme des troubles psychotiques. Il peut s'agir de défense contre les manifestations psychologiques d'un processus morbide d'origine multifactorielle intégrant la participation de déterminismes biologiques. Ces défenses peuvent être adaptatives, à un certain degré, dans les situations extrêmes (camps de concentration...).

5.1 La projection délirante

La projection délirante est une projection avec rupture du contact avec la réalité. La projection délirante est l'un des principaux mécanismes de défense liés aux psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës et chroniques. Elle peut être conçue comme le rejet à l'extérieur de parties d'objets clivés. La projection délirante peut rendre compte des hallucinations et des idées délirantes. Dans les hallucinations auditives pénibles, les voix extériorisent les menaces et les attaques des mauvais objets persécuteurs. Les idées de persécution qui sont les idées délirantes les plus fréquentes résulteraient de la projection (« les délires sont des jugements erronés sur la réalité qui sont fondés sur la projection » ; Fenichel, 1945, p. 514). Le persécuteur du sujet résulte de l'expulsion dans le monde extérieur des mauvais objets internes qui sont projetés sur une personne ou sur un groupe de personnes. Dans la paranoïa, la projection est stable, alors qu'elle est plus souvent instable dans les schizophrénies.

Certaines idées délirantes montrent clairement que le persécuteur représente les mauvaises parties des proches clivés :

- dans le syndrome de Capgras, ou illusion des sosies (1923), le sujet a la conviction délirante que ses proches ont été remplacés par des sosies malveillants ;
- dans le syndrome d'intermétamorphose de Courbon et Tusques (1932), le sujet croit que le persécuteur et les familiers partagent des similarités physiques et psychologiques.

Un sujet âgé de 30 ans est hospitalisé pour un délire de persécution. Le persécuteur désigné est une voisine. Aucun fait réel ne vient contribuer au délire. En revanche, ce sujet vit toujours avec ses parents, et sa mère se montre excessivement possessive, exerçant sur lui une emprise qui s'oppose à son

autonomisation. D'une façon bien imprudente, il est confronté à ce contraste, ce qui équivaut à lui suggérer que ce n'est pas sa voisine qui le persécute mais sa mère. Cette intervention malencontreuse provoque une crise d'agitation anxieuse et confuse qui confirme le mécanisme défensif de projection.

La fonction défensive des idées délirantes de persécution pourrait servir à maintenir l'estime de soi. McKay *et al.* (2007) ont utilisé l'Implicit Association Test pour mesurer l'estime de soi implicite ou automatique (*covert self-esteem*) et le questionnaire de Rosenberg pour évaluer l'estime de soi explicite (*overt self-esteem*). L'estime de soi implicite des sujets ayant des idées de persécution était plus faible que celle des sujets sans trouble psychiatrique et des sujets en rémission d'idées de persécution, alors que l'estime de soi explicite ne différait pas entre les trois groupes. Ce contraste entre les estimations de soi implicite et explicite est interprété par les auteurs comme concordant avec la théorie de la fonction défensive de maintien de l'estime de soi des idées de persécution.

5.2 Le déni psychotique et la distorsion psychotique

Le déni psychotique est caractérisé par une altération majeure de l'appréciation de la réalité. Mais la méconnaissance de la réalité est rarement totale dans les psychoses : « Le problème des psychoses serait simple et clair, si le moi se détachait totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut-être même jamais » (Freud, 1946, p. 77). Deux attitudes coexistent. L'une tient compte de la réalité, l'autre détache le moi de la réalité : un sujet exprimant un délire mégalomane et se présentant

comme le père des hommes et le chef du service où il est hospitalisé vient demander de façon très polie une permission.

Certaines psychoses, même en l'absence de traitement, se caractérisent par le maintien assez prolongé d'une adaptation comportementale satisfaisante à la réalité. Ainsi, les paraphrénies fantastiques sont une forme rare de délires caractérisés par « une production luxuriante d'idées délirantes absolument extravagantes, incohérentes, changeantes » (Kraepelin, 1912, p. 53). L'intensité de l'activité délirante contraste avec la préservation prolongée du comportement social et de l'adaptation au milieu extérieur : « Pendant ces extraordinaires délires, les patients peuvent rester parfaitement censés, avec un comportement lucide et raisonnable » (p. 61). Ces observations montrent clairement la coexistence des deux attitudes à l'égard de la réalité.

La distorsion psychotique entraîne une déformation majeure de la réalité objective pour la rendre conforme aux désirs du sujet. Ces distorsions cognitives sont si importantes que leur fonction défensive peut être contrebalancée par leurs conséquences négatives. L'effet sur l'estime de soi des délires mégalomaniques est ainsi menacé par les conséquences sociales (rejet, hospitalisation) qui contribuent au développement d'idées de persécution qui dans un premier temps peuvent servir aussi à protéger l'estime de soi (par exemple, si tant de personnes cherchent à nuire au sujet, c'est bien qu'il est important) mais qui dégradent plus encore les relations avec l'entourage. Il ne faut pas sous-estimer l'attachement des patients aux aspects positifs de ces distorsions psychotiques qu'ils peuvent souhaiter maintenir, ce qui peut expliquer leur refus des antipsychotiques.

Chapitre 3

Mesures des mécanismes de défense



Sommaire

1. L'évaluation par entretien.....	110
2. Les questionnaires	115
3. Les tests	129
4. Les tests projectifs	135

Depuis une trentaine d'années environ, des moyens de mesurer les mécanismes de défense ont été développés. Les quatre principales méthodes se basent sur l'entretien, des questionnaires, des tests ou des tests projectifs. L'élaboration de ces méthodes s'est appuyée sur la constatation d'Anna Freud (1965) : « Bien que ces mécanismes soient automatiques et non conscients en eux-mêmes, les résultats auxquels ils aboutissent sont manifestes et facilement accessibles à l'observation » (p. 11). Toutefois, le repérage des mécanismes à partir de ce matériel observable fait appel au moins à un certain degré d'inférence. Vaillant et Drake (1985) ont précisé leur vision de cette appréhension :

« Comme la créativité et la reconnaissance des visages, les mécanismes de défense reflètent des processus intégrés qui ne peuvent pas être facilement cassés en différentes composantes. Aussi, les mécanismes de défense doivent être appréciés de loin plutôt que par un examen trop proche. Comme la créativité et la reconnaissance des visages, les mécanismes de défense ne cèdent pas facilement aux échelles d'évaluation, à l'analyse expérimentale, aux tests projectifs ni même à une description précise » (p. 601).

Vaillant et Drake recommandent de confronter les moyens d'évaluation, comme Davidson et MacGregor (1998) : toute mesure « sera probablement insuffisante pour saisir toutes les dimensions qui sont décisives dans l'évaluation des concepts que sont les mécanismes de défense. Aussi, l'évaluation des mécanismes de défense requerra généralement des informations provenant de plusieurs sources, incluant des questionnaires auxquels répondront le sujet et son entourage, une évaluation clinique, des données biographiques, ainsi que des observations comportementales, pour discerner plus complètement l'usage des mécanismes de défense » (p. 988). En effet, l'évaluation par un seul instrument pose des problèmes généraux de fidélité. Pour chacun de ces moyens de mesure des mécanismes de défense, il faudrait évaluer le degré d'accord avec un diagnostic consensuel de cliniciens travaillant avec un matériel clinique suffisant. D'une façon générale, les études d'évaluation de la fidélité et de la validité restent insuffisantes et insatisfaisantes. Quand ces différentes mesures ont été comparées, elles se sont révélées peu ou pas corrélées entre elles.

1. L'évaluation par entretien

Pour améliorer la fidélité de l'évaluation clinique, des échelles présentant des définitions opérationnelles des mécanismes de défense ont été proposées : les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS; Perry, 1990; Perry et Cooper, 1989) et l'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV (1994). Ces échelles n'ont pas été utilisées avec un entretien semi-structuré dont l'usage est nécessaire à l'obtention d'une fidélité et d'une validité suffisantes de l'évaluation clinique. Ce manque rend probablement compte des performances assez décevantes de ces échelles. Un entretien structuré (Expanded Structured Interview, Hall *et al.*, 1998) a été mis au point pour l'évaluation des mécanismes de défense.

1.1 Les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), échelles d'évaluation des mécanismes de défense

Les Defense Mechanism Rating Scales ont été les premières mesures cliniques des mécanismes de défense par un observateur externe. La cotation est réalisée à partir de l'enregistrement d'un entretien d'orientation psychodynamique ou d'une séance de psychothérapie psychanalytique. La cotation se base sur un manuel méthodologique présentant la définition de chaque mécanisme de défense, sa fonction ainsi que le diagnostic différentiel avec les autres mécanismes de défense.

Les échelles décrivent 27 mécanismes de défense, classés en 7 niveaux : mature (affiliation, altruisme, anticipation, humour, affirmation de soi, introspection, sublimation, répression); obsessionnel (isolation, intellectualisation, annulation rétroactive); névrotique (refoulement, dissociation, formation réactionnelle, déplacement); narcissique (omnipotence, idéalisation, dépréciation); désaveu (dénéigement, projection, rationalisation, rêverie autistique); borderline (clivage de représentation de soi et de l'objet, identification projective); action (passage à l'acte, agressivité passive, hypochondrie). Le niveau psychotique n'est pas inclus dans cette hiérarchie. La traduction française est présentée dans un manuel (Échelles d'évaluation des mécanismes de défense, Perry *et al.*, 2004) qui propose, pour chaque mécanisme, une définition précise, un exposé de sa fonction, une discussion détaillée sur ce qui le différencie des autres mécanismes et une échelle donnant des exemples ou des critères définissant l'usage probable et l'usage certain de cette défense.

Ces échelles permettent le calcul de différents scores : un score défensif individuel, qui est le nombre d'occurrences d'une défense divisé par le nombre d'occurrences de toutes les défenses ; un profil défensif, qui est un score obtenu pour chaque niveau défensif en additionnant les scores individuels de chaque mécanisme de défense qui le constitue ; un indice global de défense (*overall defensive functioning*, ODF) obtenu en multipliant chaque défense par un coefficient reflétant sa place dans la hiérarchie des défenses et en faisant la moyenne pondérée de l'ensemble des mécanismes de défense repérés. Ce score global de défense est une mesure du niveau adaptatif du fonctionnement défensif, qui varie de 1 (niveau le moins adaptatif) à 7 (indiquant le niveau le plus adaptatif).

Le manuel de Perry *et al.* (2004) ne fait pas état des études de fidélité. À notre connaissance, un seul article présente une étude de la fidélité des DMRS (Perry et Cooper, 1989). La fidélité y a été évaluée principalement en faisant coter les mêmes entretiens vidéoscopés de façon indépendante par six cotateurs qui étaient des étudiants dont un seul n'avait pas d'expérience clinique. La fidélité a été évaluée par l'accord intercotateurs et par le degré de concordance entre la cotation consensuelle de deux groupes de trois cotateurs. Le degré d'accord a été évalué par le coefficient de corrélation intraclasse. Ce coefficient peut théoriquement varier de 0 à 1. Il n'existe pas de consensus sur les normes pour évaluer la fidélité qui sont plus ou moins strictes suivant les auteurs. Barker *et al.* (1994) proposent une valeur égale ou supérieure à 0,80 pour une bonne fidélité et une valeur égale ou supérieure à 0,70 pour une fidélité acceptable. Le degré d'accord entre les six cotateurs, reflétant le mieux la fidélité interjuges pour chaque mécanisme de défense, était faible, avec des coefficients variant de 0,11 à 0,59, la moyenne étant de 0,36. L'accord pour le niveau de défense, qui variait de 0,39 à 0,65 (en moyenne 0,53), était moins insatisfaisant, mais restait très insuffisant, si l'on se réfère aux normes de Barker *et al.*

L'utilisation des DMRS réclame un entraînement important des cotateurs. L'instruction doit être dispensée par un expert dans la passation du DMRS. La formation réclame au moins trois cotations qualitatives d'entretiens (visant à préciser si un mécanisme est présent, probable ou absent) qui doivent être discutées avec l'expert et trois cotations quantitatives qui doivent faire l'objet d'un calcul de fidélité par rapport à une cotation faite par des évaluateurs expérimentés. Un cotateur peut être considéré comme formé quand il obtient une concordance suffisante de ses cotations avec

celles des évaluateurs expérimentés (Perry *et al.*, 2004). La cotation prend beaucoup de temps.

Une extension des DMRS aux mécanismes de défense psychotiques a été récemment développée (P-DMRS, Psychotic-Defense Mechanism Rating Scales) qui peut être utilisée indépendamment ou en combinaison avec les DMRS (Constantinides et Beck, 2010).

Cette échelle, complexe et d'usage difficile, a été surtout utilisée dans des études de l'effet des psychothérapies psychodynamiques, où elle a reçu une reconnaissance internationale (*e. g.*, Drapeau *et al.*, 2003; Johansen *et al.*, 2011; Kramer *et al.*, 2010; Poenaru *et al.*, 2011; Presniak *et al.*, 2010; Perry *et al.*, 2017).

L'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV a été évaluée par Perry *et al.* (1998) dans une étude réalisée dans trois centres, deux aux États-Unis et un en Norvège avec 107 patients suivis en consultation ou hospitalisés. Ces sujets ont donné leur accord pour des entretiens d'environ 50 minutes. Ces entretiens, qui se concentraient plus sur les problèmes actuels des sujets que sur leur passé, évaluaient la symptomatologie et le fonctionnement psychodynamique.

Ces entretiens, enregistrés et retranscrits, ont été cotés de façon indépendante par deux cliniciens qui ont évalué le diagnostic psychiatrique, les mécanismes de défense et les niveaux de défense prédominants. Les cotateurs avaient eu un bref entraînement à l'utilisation de l'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV. Cet entraînement, dont la durée n'a pas été précisée, consistait dans la présentation des 27 mécanismes de défense et des 7 niveaux défensifs, dans la cotation de 4 entretiens vidéoscopés avec une recherche de consensus. Dans la cotation des entretiens, les cotateurs pouvaient indiquer de 1 à 7 mécanismes de défense, classés en fonction de leur prédominance dans l'entretien. Ils pouvaient indiquer de 1 à 3 niveaux

défensifs, en fonction des mécanismes de défense repérés dans l'entretien. Le degré d'accord entre les deux cotateurs a été utilisé pour mesurer la fidélité interjuges. Pour les défenses individuelles, le coefficient kappa de Cohen s'est montré très variable, allant de 0,16 à 0,87 pour la plupart des centres. Les auteurs ne donnent pas les coefficients kappa pour chaque mécanisme de défense, ce qui aurait fourni une indication sur les mécanismes pouvant être évalués le plus fidèlement. La moyenne des coefficients était de 0,42 pour l'ensemble des défenses individuelles, indiquant que les cotateurs s'accordaient en moyenne sur 4 mécanismes de défense et étaient en désaccord sur 3 autres. Pour les niveaux dominants de défense, l'accord variait de 0,1 à 1.





Les auteurs ne donnent pas les coefficients kappa pour chaque niveau, ce qui aurait suggéré les niveaux pouvant être évalués le plus fidèlement. La moyenne des coefficients était de 0,47 pour le niveau prédominant de défense, indiquant que les cotateurs s'accordaient en moyenne sur 2 niveaux de défense et étaient en désaccord sur un autre. Les auteurs concluent que l'étude

« a démontré qu'il est possible pour des cliniciens d'évaluer le fonctionnement défensif actuel après un seul entretien avec une fidélité acceptable » (p. 66). Toutefois, quels que soient les standards d'évaluation de la fidélité, il faut remarquer que certains mécanismes de défense et certains niveaux, que les auteurs n'ont pas désignés dans leur article, ont une fidélité très insuffisante.

1.2 L'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV

Un indice global de défense (*overall defensive functioning*, ODF) peut être obtenu en multipliant chaque défense par un coefficient reflétant sa place dans la hiérarchie des défenses et en faisant la moyenne pondérée de l'ensemble des mécanismes de défense repérés. Cet indice a montré une fidélité satisfaisante (*e. g.* Hilsenroth *et al.*, 2003 ; Hoglend et Perry, 1998).

Blais *et al.* (1996) ont constaté que des cliniciens d'orientation non psychodynamique ne se distinguaient pas des cliniciens d'orientation psychodynamique dans la cotation des niveaux de défense, confirmant que cette échelle peut être utilisée aussi fidèlement (ou infidèlement) par les cliniciens de tous bords.

1.3 L'Expanded Structured Interview (ESI) et le Defense-Q

L'ESI (Hall *et al.*, 1998) est un entretien structuré de durée brève (12 à 15 minutes environ selon les auteurs) développé pour l'évaluation des réponses émotionnelles et des mécanismes de défense face à des stressors usuels. Les questions couvrent une vaste gamme d'activités et d'interactions sociales. Voici des exemples de questions allant de questions générales (« Comment vous décririez-vous vous-même et décririez-vous vos relations avec les autres ? » « Comment vos amis vous décriraient-ils ? » « Comment décririez-vous vos amis ? ») à l'évaluation de situations précises (« Que ressentez-vous quand une voiture devant vous va trop lentement et que vous ne pouvez pas la doubler ? » « Qu'est-ce qui vous agace le plus au travail ? »). La version française de l'ESI est présentée en annexe.

L'enregistrement vidéoscopique de l'entretien guidé par l'ESI procure un ensemble de réponses et de comportements permettant la cotation des mécanismes de défense.

Les auteurs ont utilisé une échelle de cotation, le Defense-Q, évaluant 25 mécanismes de défense. Le Defense-Q est une évaluation de type « Q-sort » qui se base sur un système de cotation ordinaire des rangs, les mécanismes de défense étant classés en fonction du sujet et non de données normatives. Le Defense-Q est une mesure ipsative, terme désignant une méthode d'évaluation ne permettant que de comparer le sujet à lui-même (Grand dictionnaire de la psychologie). Pour comparer des sujets entre eux, un indice global d'évaluation de l'organisation défensive, le profil de défense adaptative, a été dérivé du Defense-Q, permettant d'attribuer un score à chaque sujet (Davidson et MacGregor, 1996; MacGregor *et al.*, 2003).

L'utilisation conjointe de l'ESI et du Defense-Q a permis d'évaluer les mécanismes de défense et les profils défensifs avec une fidélité satisfaisante chez des étudiants en psychologie ayant bénéficié d'une formation d'un total de 24 heures sur les mécanismes de défense et leur évaluation par le Defense-Q (Davidson et MacGregor, 1998). Par exemple, la fidélité étant évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, la fidélité moyenne pour l'ensemble des mécanismes de défense était de 0,73, 64 % des mécanismes ayant une fidélité supérieure à 0,75.

Une interrogation des bases de données psycINFO et Medline en 2017 ne retrouve pas d'autres études empiriques utilisant l'ESI et le Defense-Q. Deux études ont utilisé le Defense-Q (Davidson *et al.*, 2004; Presniak *et al.*, 2010).

1.4 Les autres entretiens

Des entretiens semi-structurés ont été élaborés pour mesurer certains mécanismes de défense: ainsi, Hackett et Cassem (1974) ont développé un entretien pour mesurer le déni chez les patients atteints d'un infarctus du myocarde, et Goldsmith et Green (1998), une échelle pour évaluer le déni chez les sujets affectés d'alcoolisme.

2. Les questionnaires

Un nombre important de travaux a été réalisé sur l'élaboration et la validation d'autoquestionnaires visant à mesurer les mécanismes de défense à partir de leurs dérivés conscients. Cette méthode suscite d'emblée une objection : si les mécanismes de défense sont inconscients, comment peuvent-ils être mesurés par un questionnaire ? Les observations sur lesquelles se basent ces questionnaires sont les suivantes : les sujets peuvent rapporter fidèlement certains comportements, pensées, sentiments, sans être conscients de leur signification défensive ou de leur relation avec une défense, et ils peuvent également rapporter des commentaires que font les autres sur leur conduite qui révèle l'intervention d'un mécanisme de défense que le sujet lui-même ne reconnaît pas (Plutchik *et al.*, 1979 ; Bond *et al.*, 1983). Ces questionnaires explorent des comportements défensifs, expressions manifestes des mécanismes de défense (Davidson et MacGregor, 1998), « qui pourraient représenter une stratégie d'adaptation, ce qui nous placerait dans un registre théorique différent du modèle analytique » (Soultanian *et al.*, 2005).

Cette méthode a plusieurs limites. Tout d'abord, le comportement censé être représentatif d'un mécanisme de défense peut avoir d'autres significations (Davidson et MacGregor, 1998).

Ensuite, un présupposé est que les capacités d'auto-observation soient suffisantes et que le sujet soit conscient de ces comportements, pensées, sentiments et de leur fréquence. Les sujets fonctionnant principalement au niveau du désaveu et utilisant préférentiellement le déni ne peuvent être évalués correctement par un questionnaire (Bonsack *et al.*, 1998), ni ceux ayant un degré élevé d'alexithymie (Davidson et MacGregor, 1998). Une autre limite est la désirabilité sociale, qui est la tendance à s'attribuer une caractéristique conforme à ses représentations des attentes sociales (Paulhus et John, 1998).

Ces questionnaires ne permettent pas d'évaluer le degré de conscience de la motivation du comportement défensif. Avant de conclure que le comportement défensif exprime l'intervention d'un mécanisme de défense, il faudrait s'assurer que le sujet n'ait pas conscience de sa fonction défensive. Si le sujet a conscience de la motivation défensive d'un comportement, celui-ci n'est pas l'indicateur d'un mécanisme de défense mais représente une stratégie de coping. Davidson et MacGregor (1998) constatent qu'aucun

des questionnaires proposés n'évalue le degré de conscience des motifs du comportement défensif.

Une autre limite est que les questionnaires ne permettent pas d'évaluer les défenses préférées du sujet et son organisation défensive spécifique (Johnson et Gold, 1995). Ils ne permettent pas non plus d'évaluer l'adaptation des mécanismes de défense, la capacité du psychisme de choisir le mécanisme de défense le plus adapté en fonction du contexte (Davidson et MacGregor, 1998), ni le caractère rigide ou l'utilisation massive qui définit leur caractère pathologique (Soultanian *et al.*, 2005).

Selon Davidson et MacGregor (1998), aucun questionnaire autoreporté ne peut saisir toutes les dimensions nécessaires à l'évaluation des mécanismes de défense : « L'évaluation des mécanismes de défense nécessite habituellement des informations issues de plusieurs sources, incluant les rapports du sujet et de son entourage, une évaluation clinique, des données biographiques, aussi bien que des observations comportementales » (p. 988).

Malgré leurs limites, Soultanian *et al.* (2005) considèrent que « la facilité d'utilisation, le gain de temps et le prix de revient penchent plutôt en faveur des autoquestionnaires » (p. 799) par rapport aux autres moyens d'évaluation des mécanismes de défense.

Plusieurs questionnaires de mesure des mécanismes de défense ont été élaborés, comme le Life Style Index (LSI, Plutchik *et al.*, 1979), le Defense Style Questionnaire (DSQ, Bond *et al.*, 1983), l'Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg et Clarkin, 1995), le Comprehensive Assessment of Defense Style (CADS, Laor *et al.*, 2001) et le Response Evaluation Measure (REM-71, Steiner *et al.*, 2001).

2.1 Le Life Style Index

Le Life Style Index (LSI, Plutchik *et al.*, 1979) comprend 97 items constituant 8 échelles explorant 16 mécanismes de défense. Les 8 échelles représentent des regroupements défensifs qui résultent de données empiriques et théoriques. Chaque échelle comprend de 10 à 14 items élaborés pour explorer les dérivés conscients des mécanismes de défense (Conte et Apter, 1995) :

- l'échelle « compensation » (par exemple: « Dans mes rêves, je suis toujours le centre d'attention »), qui inclut l'identification et les fantasmes;
- le « déni » (par exemple: « Je n'ai aucun préjugé »);
- le « déplacement » (par exemple: « Si quelqu'un me dérange, je ne lui dis pas, mais j'ai tendance à me plaindre à quelqu'un d'autre »);
- l'échelle « intellectualisation, sublimation, annulation, rationalisation » (par exemple: « Il m'est plus facile de parler de mes pensées que de mes sentiments »);
- la « projection » (par exemple: « Je pense que les gens vont profiter de vous si vous ne faites pas attention »);
- la « formation réactionnelle » (par exemple: « La pornographie est dégoûtante »);
- la « régression » (par exemple: « Je deviens irritable quand on ne s'occupe pas de moi »);
- l'échelle « refoulement, isolation, introjection » (par exemple: « Je me rappelle rarement mes rêves »).

Les répondants indiquent si chaque item les caractérise, en cochant « oui » ou « non ».

Les études de fidélité et de validité apparaissent insatisfaisantes. D'abord, la consistance interne des échelles est généralement faible: les résultats présentés par Conte et Apter (1995) montrent que seule l'échelle « projection » atteint un niveau de consistance interne satisfaisant. L'échelle « intellectualisation, sublimation, annulation, rationalisation » a la consistance interne la plus faible. Endresen (1991) a également retrouvé une faible consistance interne pour la plupart des échelles. L'analyse factorielle a montré que certaines échelles se regroupaient en un même facteur, ce qui suggère leur faible spécificité. Ces résultats remettent en question la pertinence des regroupements défensifs opérés. Les études de validité concourante, convergente et discriminante sont insuffisantes et insatisfaisantes:

- Conte et Apter citent principalement une étude non publiée de Plutchik (1991) de la corrélation d'une échelle de force du moi et des sous-échelles du LSI qui n'a montré que trois corrélations significatives;
- une étude a montré que des sujets affectés de schizophrénie avaient des scores significativement plus élevés à 7 échelles sur 8 que des étudiants (Plutchik *et al.*, 1979);
- une étude non publiée d'Apter (1992) a comparé des adolescents hospitalisés en psychiatrie à des lycéens: les sujets suicidaires ne se distinguaient

significativement des non-suicidaires et des lycéens que par des scores plus élevés aux échelles « refoulement » et « régression ».

Parmi des adolescents hospitalisés, les adolescents ayant réalisé une tentative de suicide différaient des autres par un usage significativement plus élevé de « régression » et de « déplacement » (Fennig *et al.*, 2005).

Le LSI suscite un intérêt limité. Une interrogation de la base psycINFO fait apparaître quelques études (*e. g.*, Fennig *et al.*, 2005; Hyphantis *et al.*, 2011, 2013; Offer *et al.*, 2000).

2.2 L'Inventaire de l'organisation de la personnalité

L'Inventaire de l'organisation de la personnalité (IPO, Inventory of Personality Organization, Kernberg et Clarkin, 1995) est constitué de deux sections. La première, faite de 57 items, porte sur les critères structuraux et comprend 3 sous-échelles évaluant l'épreuve de réalité, les mécanismes de défense primitifs et la diffusion de l'identité. La seconde section évalue les types de relations objectales et comprend des échelles de type névrotique ou limite. La sous-échelle des défenses primitives comprend 16 items. Les mécanismes de défense explorés sont le clivage, la projection, l'idéalisation/dévaluation. Par exemple, les items : « Je pense que les gens sont au fond bons ou mauvais : il y en a très peu qui sont vraiment entre les deux » et « J'ai tendance à ressentir les choses d'une façon assez extrême, en éprouvant soit une grande joie, soit un intense désespoir » explorent le clivage. Il ne semble pas que ces items aient fait l'objet d'une étude de validité de façade qui consiste à demander à des cliniciens d'obédience psychanalytique d'attribuer à l'aveugle chaque item à un mécanisme de défense.

Les études psychométriques réalisées dans des échantillons d'adultes tout-venant ou affectés de troubles psychiatriques ont montré que ces trois échelles avaient une consistance interne et une fidélité test-retest satisfaisantes (Lenzenweger *et al.*, 2001). La sous-échelle des défenses primitives s'est montrée corrélée à l'agressivité et aux affects négatifs dans une population non clinique. Le degré d'accord de cet instrument avec l'évaluation clinique à partir d'entretiens et du dossier médical n'a pas été mesuré. Cette évaluation est cependant indispensable pour s'assurer que le déni ne

compromet pas d'une façon majeure l'évaluation de ces défenses primitives par un questionnaire.

L'IPO a été traduit en français et a fait l'objet d'une étude de validation théorique (Normandin *et al.*, 2002).

Cette échelle semble avoir été peu utilisée. Une interrogation de la base PsycINFO en 2017 fait apparaître quelques études empiriques. Entre autres, Ellison et Levy (2012) ont trouvé une structure factorielle différente de celle de Lenzenweger *et al.* Verreault *et al.* (2013), utilisant une version abrégée à 20 items, ont retrouvé une relation entre l'utilisation élevée des défenses primitives et l'insatisfaction conjugale. Prunas et Bernorio (2016) ont étudié les relations entre défenses et vie sexuelle dans un échantillon communautaire de femmes.

2.3 Le Defense Style Questionnaire

Le Defense Style Questionnaire (DSQ) a été le plus utilisé dans les études empiriques. Il semble être le seul à avoir fait l'objet d'une traduction et d'une validation en langue française (Bonsack *et al.*, 1998).

Le DSQ et ses versions successives ont été élaborés par Bond et ses collaborateurs. Les différentes versions du DSQ sont constituées d'items décrivant des attitudes, des croyances qui sont des indicateurs de l'utilisation d'un mécanisme de défense. Par exemple, l'item « J'ai toujours l'impression que quelqu'un que je connais est comme un ange gardien » explore l'idéalisation primitive; l'item « Quant à moi, les gens sont soit bons, soit mauvais » explore le clivage; l'item « Je me surprends souvent à être gentil avec des personnes contre lesquelles j'aurais tous les droits d'être en colère » explore la formation réactionnelle ou l'item « Les gens disent que j'ai tendance à ignorer les faits déplaisants comme s'ils n'existaient pas » correspond au déni. Les réponses aux items du DSQ se font sur une échelle de Likert « accord/désaccord » en 9 points.

2.3.1 Le DSQ-88

La première version accessible en langue française fut la version de 1984, composée de 88 items explorant 24 mécanismes de défense, où le nombre

d'items qui évaluent un mécanisme de défense varient de 1 à 9 (médiane = 3). Le score d'un sujet pour un mécanisme de défense est la moyenne des scores des items explorant ce mécanisme.

La première recherche empirique de Bond *et al.* (1983) a porté sur 98 patients psychiatriques et 111 « non-patients ». L'évaluation des mécanismes de défense par une première version à 81 items du DSQ et l'évaluation du niveau d'adaptation et du niveau de développement du moi ont permis d'étudier les relations entre le style défensif, le diagnostic clinique et le niveau de maturité du moi. L'analyse factorielle en composantes principales a extrait les mêmes facteurs des réponses de l'ensemble des sujets, du groupe des patients psychiatriques ou de celui des non-patients pris séparément. Chaque facteur, constitué d'un regroupement de mécanismes de défense, correspondait à un style défensif. Le premier facteur regroupait des défenses considérées comme immatures : le retrait, la régression, l'agir (*acting-out*), l'inhibition, l'agression passive, la projection. Le second facteur était constitué de l'omnipotence, du clivage, de l'idéalisation primitive. Ce facteur, centré sur le clivage de l'image de soi et des autres en parties bonnes et mauvaises, fortes et faibles, a été appelé facteur de distorsion de l'image. Le troisième facteur était constitué de la formation réactionnelle et du pseudo-altruisme. Le quatrième facteur regroupait l'évitement (suppression), la sublimation, l'humour, indiquant un style de défense adaptatif.

Chez les patients prédominaient les défenses les moins matures, chez les non-patients primaient les défenses les plus matures. La corrélation entre les mécanismes de défense et les mesures de maturité du moi a confirmé la liaison entre l'insuffisance de maturité et la prédominance des mécanismes les moins matures, et la liaison entre la maturité du moi et la prédominance des défenses matures.

L'étude de validation en langue française de la version à 88 items a montré une structure factorielle proche de celle extraite par Bond avec 4 facteurs allant d'immature à mature (Bonsack *et al.*, 1998). Le facteur immature était plus élevé chez les sujets suivis pour un trouble psychiatrique que chez les sujets contrôles. Une corrélation a été retrouvée entre l'évaluation clinique des défenses selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV et le score sur le facteur immature : plus le niveau principal était dysfonctionnel, plus le score sur le facteur immature était élevé.

Une nouvelle forme de la version à 88 items (Bond *et al.*, 1986) a révélé 3 facteurs; le facteur mal adaptatif et le facteur de distorsion de l'image de la première version se regroupent dans un facteur « immature ». Les autres facteurs regroupaient les défenses névrotiques et matures. Hersoug *et al.* (2002) ont utilisé un indice global de fonctionnement défensif dérivé de cette version du DSQ, calculé selon la même procédure que l'indice global employé pour les DMRS (Defense Mechanism Rating Scales; Perry, 1990; Perry et Cooper, 1989).

2.3.2 Le DSQ-40

Une nouvelle version du DSQ a été élaborée de façon que chacun des 20 mécanismes de défense soit exploré par deux items (Andrews *et al.*, 1993). La plupart des items sont issus de la version à 88 items. Seuls 3 items sont nouveaux, un pour la rêverie autistique et les deux autres pour la rationalisation. La sélection des items de la forme à 88 items a fait appel à différentes procédures comme la corrélation de l'item à la défense, la corrélation de l'item au facteur, la validité de façade, la capacité de l'item à distinguer les sujets ayant un trouble anxieux des sujets non cliniques, la corrélation test-retest devant montrer une stabilité dans le temps des réponses suffisante. Les auteurs n'explicitent pas cette procédure et n'indiquent pas sur lequel de ces critères la plupart des items ont été sélectionnés. Les 20 mécanismes de défense explorés sont :

- pour les mécanismes matures : la sublimation, l'humour, l'anticipation, la répression ;
- pour les mécanismes névrotiques : l'annulation, le pseudo-altruisme, l'idéalisation, la formation réactionnelle, le déplacement, l'isolation ;
- pour les mécanismes immatures : la projection, l'agression passive, le passage à l'acte, la dévalorisation, le fantasme autistique, le déni, la dissociation, le clivage, la rationalisation, la somatisation.

Les items du DSQ-40 sont présentés en annexes, avec, entre parenthèses, les mécanismes de défense qu'ils sont censés explorer.

Si cette forme plus brève facilite la passation, on peut évidemment se demander si 2 items sont suffisants pour explorer les différentes manifestations d'un mécanisme de défense, d'autant qu'un nombre important d'items apparaissent peu pertinents.

Trois études ont évalué la validité de façade des items du DSQ. La première étude a étudié la validité de façade de la version d'Andrews *et al.* (1989) en évaluant le degré d'accord de trois cliniciens d'orientation psychanalytique sur le mécanisme exploré par chaque item. Un accord a été observé pour 74 % des items. Les auteurs n'ont pas précisé quels items avaient une validité de façade insuffisante. Une seconde étude a été réalisée avec le DSQ-40. Les auteurs n'explicitent pas la procédure suivie, indiquant « qu'il y a toujours quelques items pour lesquels un consensus parfait n'a pas été atteint. Quelques items ayant une bonne validité de façade ont été écartés et d'autres avec une validité moins qu'idéale ont été inclus. Il doit être rappelé, toutefois, que l'attribution de tels items à une défense particulière a été faite sur d'autres critères évaluant la validité de construit et la validité critériée » (p. 248).

Bonsack *et al.* (1998) ont réalisé la première étude de validité de façade publiée de ces items qui soit indépendante des auteurs du DSQ : cinq experts indépendants, ayant une expérience de la psychothérapie et de la recherche, ont attribué chaque item de la version à 88 items à un des 24 mécanismes de

défense qu'il était censé explorer. Quand elles étaient disponibles, les définitions du DSM-IV ont été utilisées comme guides. Seuls deux items n'ont pas recueilli de consensus (items 7 et 77) et ont dû être reformulés. La validité de façade serait donc excellente. Les résultats de ces trois études sont donc divergents.

Il est assez étonnant que cette validité de façade du DSQ-40 ait été si peu discutée. L'un des rares articles qui fassent allusion à un défaut de validité de façade de certains items est celui de Holi *et al.* (1999).

Chabrol *et al.* (2005) ont donc réalisé une étude de validité de façade de la version à 40 items : 8 cliniciens, ayant soit une expérience des psychothérapies psychodynamiques, soit une expérience de recherche clinique en psychopathologie psychodynamique, soit les deux, ont, de façon indépendante, attribué chaque item à un mécanisme de défense, tout en ignorant que c'étaient les items du DSQ dont aucun n'avait de connaissance précise. La liste des mécanismes de défense de l'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV était fournie comme guide, complétée de la définition des mécanismes explorés par le DSQ qui

n'y figuraient pas. Il était précisé que les évaluateurs pouvaient attribuer les items à d'autres mécanismes de défense que ceux présentés dans la liste et qu'ils pouvaient également les attribuer à un processus de coping. 12 items sur 40, soit 30 % des items de cette version du DSQ, furent attribués à la défense qu'ils étaient censés explorer par moins de 4 évaluateurs sur 8 : 0/8 pour 4 items, 1/8 pour 3 items, 2/8 pour 2 items et 3/8 pour 3 items. La fréquence moyenne avec laquelle les autres items ont été attribués aux mécanismes de défense qu'ils étaient supposés explorer était de 6,9/8.





La validité de façade des 28 autres items peut donc être considérée comme satisfaisante. Le tableau 3.1 montre ces items semblant avoir une validité de façade insuffisante.

Ainsi, près d'un tiers des items du DSQ-40 apparaît discutable. Les items supposés explorer la dévalorisation « Je suis une personne très inhibée » et « Je suis fier de ma capacité à remettre les gens à leur place » ont été principalement considérés comme évaluant un défaut d'affirmation sociale pour le premier et d'omnipotence pour le second. Les items du déplacement « Les médecins ne comprennent jamais vraiment ce qui va mal pour moi » et « Lorsque je suis déprimé(e) ou anxieux(e), manger me fait du bien » ont été attribués à la somatisation pour le premier et au passage à l'acte ou à une modalité du coping évitant pour le second.

Les items « J'ignore le danger comme si j'étais Superman » et « J'ai des dons particuliers qui me permettent de traverser la vie sans problème », censés explorer la dissociation, ont été principalement assignés au déni pour le premier et à l'omnipotence pour le second. Les items supposés explorer la projection « Je suis sûr que la vie est injuste avec moi » et « Les gens ont tendance à me faire du mal » ont été surtout considérés explorer une vision négative du monde exprimant des cognitions dépressives. L'item « Si j'étais en crise, je chercherais une autre personne ayant eu le même problème », censé explorer le pseudo-altruisme, a été principalement considéré comme illustrant l'affiliation ou une modalité du coping centré sur le problème, la recherche d'information. L'item « On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments », présumé explorer l'isolation, et l'item « Après avoir défendu mes droits, j'ai tendance à m'excuser de m'être affirmé », explorant l'annulation, ont été attribués principalement à un défaut

d'affirmation de soi. L'item « Même si je me plains beaucoup, je n'obtiens jamais de réponse satisfaisante », explorant l'agression passive, a été attribuée à la régression, à la plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide, à un défaut d'affirmation de soi.

Parmi les 12 items ayant une validité de façade douteuse, 7 ont été principalement attribués à d'autres opérations mentales que les mécanismes de défense : 5 à des processus de coping et 2 à des distorsions cognitives dépressives. Ce résultat confirme la difficulté à distinguer par un autoquestionnaire coping et défense (Davidson et MacGregor, 1998).

Parmi les 5 items attribués à d'autres mécanismes de défense, 4 sont passés du niveau névrotique au niveau immature : 2 du déplacement à la somatisation et au passage à l'acte, 2 de la dissociation à l'omnipotence et au déni. Cette nouvelle attribution est en accord avec l'inclusion de ces items (déplacement et dissociation) dans le facteur « immature » extrait par analyse factorielle dans l'étude d'Andrews et al. (1993).

Comment expliquer que les 12 items à la validité de façade insuffisante dans l'étude de Chabrol et al. aient été attribués aux mécanismes qu'ils étaient censés explorer dans l'étude de Bonsack et al. (1998) ? Une explication possible tient à la différence de procédure : dans l'étude de Bonsack et al., les évaluateurs avaient à attribuer les items du DSQ-88 aux 24 mécanismes de défense qu'ils étaient censés explorer et dont ils avaient la liste. Dans l'étude de Chabrol et al., les évaluateurs avaient un choix élargi et donc plus complexe, puisqu'il leur était indiqué qu'ils pouvaient attribuer chaque item soit au mécanisme de défense de leur choix dans une liste qui les contenait tous, mais qui en présentait d'autres, soit au processus de coping de leur choix.

La structure de cette version à 40 items (DSQ-40) a également montré trois facteurs appelés « mature », « névrotique », « immature » (Andrews *et al.*, 1993) :

- le facteur mature regroupait : sublimation, humour, anticipation, répression ;
- le facteur névrotique : annulation, pseudo-altruisme, idéalisation, formation réactionnelle ;
- et le facteur immature : projection, agression passive, passage à l'acte, isolation, dévalorisation, fantasme autistique, déni, déplacement, dissocation, clivage, rationalisation, somatisation. L'appartenance de l'isolation et du déplacement, mécanismes réputés névrotiques, au facteur immature peut s'expliquer par la mauvaise validité de façade de trois des items censés explorer ces deux mécanismes.

Tableau 3.1 – Items du DSQ-40 ayant une validité de façade insuffisante : mécanismes de défense qu'ils sont censés explorer et fréquence avec laquelle ils ont été attribués à ces mécanismes par les 8 juges de l'étude de Chabrol *et al.*

Items	Mécanismes de défense	Fréquence d'attribution
Les médecins ne comprennent jamais ce qui va mal pour moi.	Déplacement	0/8
J'ai des dons particuliers pour traverser la vie sans problème.	Dissociation	0/8
Je suis quelqu'un de très inhibé(e).	Dévalorisation	0/8
Je suis fier de ma capacité à remettre les gens à leur place.	Dévalorisation	0/8
Si j'étais très mal, je chercherais quelqu'un ayant le même problème.	Pseudo-altruisme	1/8
J'ignore le danger comme si j'étais Superman.	Dissociation	1/8
Quand je suis déprimé ou anxieux, manger me fait me sentir mieux.	Déplacement	1/8
Je suis sûr que la vie est injuste avec moi.	Projection	2/8
Après avoir défendu mes droits, j'ai tendance à m'excuser de m'être affirmé.	Annulation	2/8
Les gens ont tendance à me faire du mal.	Projection	3/8
On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments.	Isolation	3/8
Même si je me plains beaucoup, je n'obtiens jamais de réponse satisfaisante.	Agression passive	3/8

La structure factorielle des différentes versions du DSQ s'est révélée instable: ainsi, Wastell (1999) privilégie une solution à 5 facteurs, constituée de deux facteurs immatures, deux facteurs névrotiques et un facteur mature. Les facteurs immatures et névrotiques étaient constitués chacun d'un facteur dirigé contre les émotions et d'un facteur dirigé contre les cognitions. D'autres ont trouvé que le DSQ avait une structure monofactorielle (Rutherford *et al.*, 1998; Trijsburg *et al.*, 2000). D'autres, comme Spinhoven *et al.* (1995), ont retrouvé une structure à 3 facteurs, mais ont noté le faible pourcentage de variance expliqué et l'insuffisance de validité des facteurs. L'étude de la version française du DSQ-40 (Chabrol et Brandibas, 2001) a également retrouvé une structure à 3 facteurs mais ils ne correspondaient pas strictement aux trois sous-échelles « mature », « névrotique » et « immature ». Les nombreux items ambigus contribuent probablement à l'instabilité factorielle du DSQ.

Le DSQ s'est montré faiblement corrélé aux autres mesures des mécanismes de défense. Deux études de comparaison entre le DSQ à 88 items et l'évaluation clinique des défenses par le Defense Mechanism Rating Scale, ou DMRS (Perry, 1990), n'ont montré qu'un faible recoupement (Bond *et al.*, 1989; Perry et Hoglend, 1998). Hersoug *et al.* (2002) n'ont pas retrouvé de corrélation significative entre les indices globaux de fonctionnement défensif dérivés du DMRS et du DSQ à 88 items. Perry et Hoglend concluent que « le DSQ seul ne devrait probablement pas être considéré comme un substitut de l'évaluation du fonctionnement défensif par un observateur » (p. 529). En outre, une étude comparant le DSQ à deux autres instruments, un questionnaire, le Life Style Index (LSI), et un test, le Defense Mechanism Inventory, n'a trouvé qu'une faible corrélation entre ces instruments (Mehlman et Slane, 1994). Ces auteurs concluent que ces « résultats suggèrent que les autoquestionnaires ne sont pas un moyen efficace d'évaluer les différentes stratégies de défense du moi » (p. 189). Les défenses immatures mesurées par le Defense Mechanism Manual pour le TAT (DMM, Cramer, 1991) se sont montrées seulement faiblement corrélées au score de défenses immatures au DSQ (Hibbard et Porcerelli, 1998). Cette corrélation faible ou absente du DSQ avec d'autres instruments de mesure des mécanismes de défense par entretien, par test projectif ou par questionnaire montre clairement une insuffisance de validité.

2.3.3 Le DSQ-60

Une version à 60 items du DSQ a été proposée (Thygesen *et al.*, 2008). Ce DSQ-60 a été élaboré pour être congruent avec l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV et mesurer 30 mécanismes de défense, avec 2 items pour chacun. L'échelle de réponse est en 9 points. Les items dérivent des versions antérieures du DSQ et ont été complétés par de nouveaux items explorant les défenses manquantes. Une étude de validité de façade avec 155 psychanalystes et psychothérapeutes d'orientation analytique a montré que 72 % des items (intervalle de 12 % à 99 %) étaient attribués correctement à la défense qu'ils étaient censés explorer. Les items insatisfaisants ont été révisés et réévalués. Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires ont montré 3 facteurs (distorsion de l'image, régulation de l'affect et adaptation). Toutefois, seulement 14 défenses sur 24 ont été retenues dans l'analyse exploratoire et la consistance interne des facteurs était faible. Les auteurs concluent que le DSQ-60 « n'a pas des propriétés psychométriques significativement améliorées par rapport aux versions précédentes du DSQ » (p. 179). Un des auteurs de l'article (M. Drapeau, communication personnelle, 15 décembre 2008) considère que :

« L'instrument ne fonctionne pas. Les données pour les défenses individuelles sont inutilisables. Quant aux styles défensifs, ils n'ont presque jamais été répliqués, chaque étude ou presque donnant des styles différents. Dans un article assez récent, Wim Trijsburg concluait d'ailleurs que seul le score total (overall defensive functioning – ODF – score) avait une valeur... Ceci dit, je ne pense pas que l'instrument ait été construit dans les règles ! Bien au contraire. Toutes les versions précédentes du DSQ étaient plutôt mal construites, avec, par exemple et pour ne nommer que ces difficultés, des processus de validation boiteux, des différences dans le nombre d'items par défense, une échelle de Likert de 9 points, etc. Surtout, les données ont presque toujours été mal rapportées, si bien qu'il était souvent difficile de savoir si l'instrument était véritablement adéquat. C'est d'ailleurs pour ces raisons, mais aussi pour que le DSQ soit plus compatible avec le DSM, que Wim Trijsburg et moi-même avons décidé de créer une nouvelle version. Mais le processus a été compliqué ! Pour ma part, je suis arrivé à la conclusion, surtout à la suite de cette dernière étude, qu'il faudrait laisser tomber le DSQ et recommencer avec une nouvelle échelle. »

Cependant, le DSQ continue d'être largement utilisé dans sa version à 40 items (*e. g.* Brody et Carson, 2012; Evren *et al.*, 2012; Grebot et Berjot, 2012; Grebot et Paty, 2010; Marchesi *et al.*, 2011; Ribadier et Varescon, 2017; Sekiya *et al.*, 2012) ou dans sa version à 60 items (Bissler *et al.*, 2013; Drapeau *et al.*, 2011; Petraglia *et al.*, 2009; Timmermann *et al.*, 2009; van Wijk-Herbrink *et al.*, 2011).

Des formes abrégées ont été élaborées pour tenter de pallier ces insuffisances.

2.3.4 Le DSQ-26

Nicolas *et al.* (2017) ont développé, à partir du DSQ-60, une forme abrégée, le DSQ-26, destinée à être utilisée dans les situations de stress, et en particulier les compétitions sportives. Le DSQ-23 est apparu constitué de deux facteurs, adaptatif et inadaptatif, dont les corrélations avec le coping, les affects positifs et négatifs, le stress perçu et le contrôle perçu suggéraient la validité.

2.3.5 Le DSQ-28

Nous avons évalué, dans un échantillon d'étudiants universitaires, les propriétés psychométriques d'une version abrégée du DSQ-40 excluant les items ayant une validité de façade insuffisante repérés dans l'étude de Chabrol *et al.* (2005). Une analyse factorielle exploratoire a extrait 5 facteurs : immature, mature, névrotique, déni, et rêverie autistique. Les relations de ces 5 facteurs avec les stratégies de coping et les symptômes psychopathologiques, et les traits de personnalité pathologiques, suggèrent que cette version à 28 items a une meilleure validité critériée et discriminante que le DSQ-40 (Saint-Martin *et al.*, 2013).

Une nouvelle étude du DSQ-28 chez 786 étudiants a retrouvé des indices d'ajustement satisfaisants pour une solution à deux facteurs, mature et immature, confirmant les résultats de Nicolas *et al.* Il est probable que l'avenir du DSQ soit dans des versions courtes ayant des structures simples opposant deux facteurs, adaptatif et inadaptatif.

2.4 Le Comprehensive Assessment of Defense Style

Le Comprehensive Assessment of Defense Style (CADS, Laor *et al.*, 2001) a été élaboré pour évaluer les défenses des enfants et des adolescents. L'étude initiale a montré que le CADS différenciait les patients des non-patients. L'analyse factorielle a extrait trois facteurs, un facteur mature et deux facteurs immatures, constitués des défenses orientées vers les autres et des défenses orientées vers le sujet. Les patients psychiatriques utilisaient plus de défenses immatures et moins de défenses matures que les non-patients. Il n'y a pas encore eu d'autres publications sur cette échelle.

2.5 Le Response Evaluation Measure

Le Response Evaluation Measure (REM-71, Steiner *et al.*, 2001) a été développé pour mesurer les mécanismes de défense chez les adultes et les adolescents. Ce questionnaire a été conçu pour tenter de dépasser les limitations psychométriques des autres questionnaires, en particulier du DSQ. Ce questionnaire explore 21 mécanismes de défense avec 71 items, chaque mécanisme de défense étant évalué par 3 ou 4 items. Il a été élaboré à partir du DSQ. Les items ont été modifiés afin d'en réduire les ambiguïtés, d'autres ont été créés. Par exemple, pour le passage à l'acte : « Quand j'en ai marre je fais des choses sans réfléchir. » Les résultats de l'analyse factorielle ont fait préférer une solution à deux facteurs, le facteur immature et le facteur mature, qui avaient une consistance interne élevée et étaient faiblement corrélés. Le premier regroupait 13 mécanismes de défense des niveaux névrotiques ou immatures et 1 mécanisme du niveau mature, la sublimation. Le second, considéré comme le facteur mature, était plus hétérogène, avec 3 mécanismes matures (répression, humour, altruisme), 2 mécanismes névrotiques (intellectualisation, formation réactionnelle) et 2 mécanismes immatures (dénî, idéalisation). L'étude de la validité s'est limitée à la corrélation des facteurs à un bref questionnaire de satisfaction de vie. Le facteur mature était modérément corrélé positivement à la satisfaction de vie, le facteur immature y étant modérément corrélé négativement.

Il existe aussi une version pour les parents (REM-P) qui répondent en fonction des réactions qu'ils observent chez leur enfant ainsi que 2 versions pour les enfants de l'école primaire (REM-Y; Yasnovsky *et al.*, 2003).

Ce questionnaire a été utilisé chez les adolescents délinquants (Plattner *et al.*, 2003). Shaw *et al.* (2008) ont évalué 44 patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et cliniquement stabilisés avec des médicaments. Ces patients se distinguaient des sujets contrôles par un niveau plus élevé de défenses immatures. Di Pierro *et al.* (2015) ont étudié les mécanismes de défense chez les patients hospitalisés pour un trouble lié aux substances psychoactives.

2.6 Les instruments spécifiques d'une défense

À côté des instruments qui évaluent de façon générale les mécanismes de défense, des instruments spécifiques à certaines défenses ont été élaborés comme le Splitting Index (SI, Gould *et al.*, 1996), qui mesure le clivage des images de soi, de la famille et des autres.

La DES (Dissociative Experiences Scale ; Bernstein et Putnam, 1986) est une échelle auto-administrée de 28 items, construite pour mesurer les expériences de dissociation mentale chez le sujet adulte. C'est l'outil le plus utilisé pour l'étude des symptômes dissociatifs. Le questionnaire est en annexe de l'article de Moyano *et al.* (2001).

3. Les tests

Des tests ont été élaborés pour mesurer les défenses. Le plus connu est le Defense Mechanism Inventory (DMI, Gleser et Ihilevich, 1969 ; Ihilevich et Gleser, 1986, 1991). Le Defense Mechanism Profile (DMP, Johnson, 1982) est un test de phrases à compléter. Ces tests ne semblent pas avoir été traduits ni validés en langue française.

3.1 Le Defense Mechanism Inventory

Le Defense Mechanism Inventory (DMI) est fondé sur l'étude des réponses de 352 étudiants à 3 histoires conflictuelles qui ont été classées en 5 catégories : agression, projection, intellectualisation, autopunition et répression :

- la première catégorie, appelée « se tourner contre l'objet », décrit des attaques excessives et inappropriées contre la source réelle ou supposée du danger perçu ;
- la deuxième catégorie, « projection », inclut les réponses à un conflit ou à une menace qui justifierait l'expression d'une hostilité ou d'un rejet en attribuant aux autres des intentions ou des caractéristiques négatives ;
- la troisième catégorie, « jouer sur les principes » (*principalization*), décrit l'usage de « platitudes, truismes, clichés ou sophismes » (Ihilevich et Glaser, 1995, p. 225) pour obscurcir la perception d'un conflit ou d'une menace externe. Elle inclut des défenses comme l'intellectualisation et la rationalisation ;
- la quatrième catégorie, « se tourner contre soi », concerne une désapprobation, une colère ou une hostilité, excessives et injustifiées, à l'égard de soi ;
- la cinquième catégorie, « renversement » (*reversal*), correspond à la minimisation de l'importance des conflits et des menaces ou à leur exclusion totale de la conscience. Elle inclut principalement le déni et le refoulement.

Le DMI présente 12 histoires courtes concernant 6 types de conflits (2 histoires par type de conflit) :

- conflits avec une figure d'autorité, où l'affirmation de soi peut provoquer une punition sévère ;
- conflits concernant les besoins d'indépendance, dont l'expression expose au rejet ;
- conflits concernant les besoins de compétition, où l'expression de l'ambition est compromise par la peur de l'échec et de l'humiliation ;
- conflits concernant la masculinité où l'affirmation de l'identité sexuelle expose au rejet sexuel ;
- conflits concernant la féminité où l'affirmation de l'identité sexuelle expose au rejet sexuel ;
- conflits de situation où les besoins de sécurité, de prévisibilité et de contrôle sont compromis par des événements imprévisibles, menaçants et incontrôlables.

Dix histoires sont présentées au sujet, en fonction de son sexe.

Quatre questions sont posées après chaque histoire, concernant :

- les réactions comportementales à la situation conflictuelle ;
- les fantasmes sur ce que le répondant aurait souhaité faire impulsivement ;
- les réactions émotionnelles ;
- les pensées que le répondant aurait eues dans la situation.

Pour chacune de ces questions, le répondant choisit parmi 5 réponses proposées, chacune représentant l'un des 5 regroupements défensifs.

Les auteurs disent avoir opté pour ces choix fermés en raison du résultat de l'étude préliminaire, les réponses libres ayant fait apparaître que la moitié environ se rapportait à un mode de coping. Par conséquent, les auteurs ont décidé de renoncer aux réponses libres afin d'explorer seulement les mécanismes de défense en développant un ensemble de réponses correspondant aux 5 regroupements défensifs qu'ils avaient identifiés.

En raison des critiques subies par le mode de cotation initial (par exemple, Cohen, 1987), les auteurs ont élaboré un système pour transformer en un profil les scores obtenus aux 5 regroupements défensifs (Ihilevich et Gleser, 1995). Ils définissent les deux profils qu'ils considèrent les plus intéressants où une ou deux défenses prédomine(nt) : ainsi, le profil où une défense prédomine est défini par un score à cette défense supérieur d'au moins 1,5 déviation standard (DS) par rapport à la norme de la population générale des adultes et d'au moins 0,5 DS par rapport à la défense, classée deuxième dans le score final. Près de la moitié des 476 sujets de l'étude rapportée dans le *Manuel clinique du DMI* avaient un profil avec une ou deux défense(s) prédominante(s) (Ihilevich et Gleser, 1991).

Les études de validité montrent diverses limitations. Selon Ihilevich et Gleser (1995), les études de validité de façade, visant à contrôler que les réponses proposées correspondaient bien aux mécanismes qu'elles étaient censées illustrer, ont montré une validité satisfaisante pour les regroupements « jouer sur les principes », « se tourner contre soi » et « renversement », mais insuffisante pour les regroupements « projection » et « se tourner contre l'objet ». Selon les chiffres présentés par les auteurs (1995), les études de consistance interne et de stabilité test-retest des 5 regroupements ont donné des résultats le plus souvent satisfaisants. Les études de validité convergente et discriminante pertinentes sont peu nombreuses. Une comparaison du DMI à l'échelle de défense et de coping de Joffe et Naditch (Coping Defense

Scale, 1997) et à la Coping Operations Preference Enquiry (COPE) de Schutz (1967) a montré une validité convergente et discriminante faible (Vickers et Hervig, 1981). Une faible validité convergente a été retrouvée par la comparaison du DMI et du Blacky Defense Preference Inventory (Massong *et al.*, 1982). Une version abrégée à 6 histoires a été proposée chez l'adolescent (Recklitis *et al.*, 1995).

Les auteurs ont élaboré des formulations psychodynamiques et des directives psychothérapiques pour les 5 profils à une défense prédominante et pour 4 profils où deux défenses prédominent.

Une interrogation de la base psycINFO en 2017 montre d'assez nombreuses utilisations du DMI depuis 2000. Le DMI a été utilisé, par exemple pour étudier les relations entre défenses et *burn-out* chez les infirmières (Pompili *et al.*, 2006), entre défenses et expériences dépressives (Campos *et al.*, 2011), entre défenses et qualité de vie chez les femmes affectées d'un cancer du sein (Marrazzo *et al.*, 2016).

3.2 Le Defense Mechanism Profile

Le Defense Mechanism Profile (DMP, Johnson, 1982) est un test projectif auto-administré constitué de phrases à compléter. « L'aspect ouvert de la présentation de la phrase à compléter permet au répondant une gamme totale d'expressions, sans forcer une réponse qui peut n'être ni représentative ni pertinente » (Johnson et Gold, 1995, p. 248). On suppose que le profil des modes de réponse typiques du sujet se dégagera et que les mécanismes de défense pourront être inférés des conduites conscientes rapportées par le sujet.

Le test est constitué de 40 phrases présentées comme suit : « Quand je suis vraiment inquiet, je... » ; « Quand je me trouve avec quelqu'un qui ne m'aime pas, je... » Pour présenter un stimulus suffisamment évocateur d'anxiété qui suscitera une réponse défensive, chaque phrase à compléter a été construite soit en exprimant une émotion perturbante, soit en présentant une situation généralement considérée comme étant au moins légèrement inconfortable. Chaque réponse est attribuée à un mécanisme de défense. Les fréquences des réponses indiquant chaque mécanisme de défense sont ensuite calculées. Elles sont considérées comme reflétant l'organisation

défensive du sujet. Le manuel du test propose une liste de mécanismes de défense organisés hiérarchiquement et leur définition conceptuelle de façon à guider l'attribution d'une réponse à un mécanisme. Cette liste a été établie empiriquement à partir d'une étude pilote. Elle a montré que les phrases à compléter permettaient l'expression de certains mécanismes seulement : par exemple, aucune réponse reflétant le clivage ou la projection n'aurait été observée. Les défenses manifestées ont été regroupées en 4 catégories :

- les réducteurs de tensions, assimilés à des précurseurs de défense, caractérisés par l'impulsivité, comprennent l'incorporation physique, qui est l'assimilation ou l'acquisition d'un élément de l'environnement pour obtenir du réconfort, l'incorporation indirecte, par laquelle le sujet reçoit du réconfort des mots, de la présence, des attitudes ou des actions d'autres personnes, l'expulsion physique, qui correspond à la décharge non verbale des émotions et des tensions, à une attaque contre un objet physique, ou à l'attaque physique d'une personne, l'expulsion verbale, décharge verbale d'un affect ou attaque verbale contre une personne ;
- les défenses primitives avec le déni, défini comme un déni de la réalité externe (déni de l'existence d'un événement ou d'un objet, déni de la signification d'un événement, d'une situation), et le retrait (éviter ou se retirer d'une situation difficile, se cacher ou dissimuler des aspects de soi) ;
- les défenses intermédiaires comprennent l'annulation, le déplacement, la formation réactionnelle, le retournement contre soi, où les émotions et les jugements négatifs sont dirigés contre soi plutôt que contre les autres, et la compensation où une faiblesse, un échec, une faute du sujet sont remplacés par l'auto-attribution d'une qualité positive ;
- les défenses évoluées incluent la substitution, qui est une tentative de réorienter, de canaliser un affect positif quand l'objet original n'est pas accessible ou disponible ou est inapproprié, ou la tentative de rediriger un affect négatif quand le sujet peut le décharger d'une manière substitutive, gratifiante et socialement appropriée, la rationalisation/intellectualisation, qui regroupe en une catégorie unique les tentatives de justifier ou d'expliquer des comportements, attitudes, pensées ou émotions, souvent de façon abstraite et intellectuelle.

Un manuel de cotation précise les procédures d'administration et de cotation du DMP, fournit des critères spécifiques et des exemples pour chaque mécanisme de défense et présente les difficultés de cotation courantes. La cotation du DMP à l'aide du manuel nécessite un apprentissage qui permet d'obtenir un degré satisfaisant d'accord interjuges (Johnson et Gold, 1995).

Ils avancent que l'expérience de la cotation supervisée de 12 à 14 protocoles est suffisante.

Les études de fidélité et de validité sont encore insuffisantes et sont quelque peu insatisfaisantes. La fidélité test-retest s'est montrée satisfaisante pour la plupart des mécanismes, sauf l'annulation, le déplacement, la formation réactionnelle et la compensation. Johnson et Gold (1995) ne présentent aucune étude de la validité convergente. Cette étude de validité aurait nécessité la comparaison du DMP avec une autre méthode d'évaluation des défenses. Ils citent une étude non publiée de validité discriminante (Quick, 1987) qui a comparé 28 patients affectés de schizophrénie, 21 patients ayant un trouble de l'humeur et un groupe de contrôle de 30 sujets non patients. Les sujets affectés de schizophrénie différaient du groupe de contrôle par une fréquence significativement plus basse de réponses «incorporation physique», «expulsion verbale», «formation réactionnelle», «compensation» et «rationalisation/intellectualisation». Les sujets affectés de schizophrénie ne différaient des sujets ayant un trouble de l'humeur que par une fréquence significativement plus élevée de réponses non cotables (non attribuables à un mécanisme de défense). Les sujets ayant un trouble de l'humeur ne se distinguaient des sujets du groupe de contrôle que par une fréquence plus élevée de réponses «retrait» et une fréquence moins élevée de réponses «rationalisation/intellectualisation». Johnson et Gold (1995) citent également deux études non publiées (Bodie, 1989; Serpico, 1990) ayant comparé des sujets alcooliques et des sujets dépendants de drogues à un groupe de contrôle, qui ont montré :

- une absence de différence entre les sujets alcooliques et les sujets dépendants de drogue ;
- un usage significativement plus important des défenses évoluées par les sujets du groupe de contrôle ;
- un usage plus important de l'incorporation physique chez les sujets dépendants de drogue que chez les sujets du groupe de contrôle ;
- un usage plus important de la substitution chez les sujets alcooliques que chez les sujets du groupe de contrôle.

La validité discriminante paraît donc faible. Johnson et Gold concluent que «l'instrument et la recherche qui le soutient sont actuellement limités dans plusieurs domaines importants» (p. 259). Une interrogation bibliographique n'a pas montré de progrès récents significatifs. Aucune étude récente n'est retrouvée dans la base psychINFO.

4. Les tests projectifs

Après l'évaluation clinique, les tests projectifs ont été la première méthode élaborée pour l'évaluation des mécanismes de défense. C'est probablement le mode d'évaluation qui pose le plus de problèmes de fidélité et de validité. Selon Bonsack *et al.* (1998), si les tests projectifs sont un moyen puissant de révéler des mécanismes de défense dans une situation régressive, ils peuvent ne pas révéler le fonctionnement défensif habituel et peuvent donner des résultats différents de l'évaluation clinique. Le temps de passation est long et l'analyse des résultats est dépendante de l'opérateur. « Ces inconvénients posent souvent des problèmes de faisabilité en clinique ou dans la recherche » (Soultanian *et al.*, 2005).

4.1 Le test de Rorschach et la mesure des mécanismes de défense

L'école française du Rorschach, représentée en particulier par Rausch de Traubenberg et Chabert, a défendu l'évaluation des mécanismes de défense par l'analyse des protocoles du Rorschach. Le test de Rorschach a permis l'élaboration de différentes échelles d'évaluation des mécanismes de défense. Deux principales échelles d'évaluation des défenses ont été proposées : l'Échelle de défense de Lerner et Lerner (1980) et la Rorschach Defense Scale de Cooper *et al.* (1988).

4.1.1 L'Échelle de défense de Lerner et Lerner

L'Échelle de défense de Lerner et Lerner (LDS, Lerner Defense Scale) a été élaborée pour identifier la structure défensive de la personnalité limite. Elle est fondée sur les conceptions de Kernberg, qui a identifié deux niveaux d'organisation défensive associés avec les pathologies préœdipiennes et œdipiennes. Associée à la pathologie limite, l'organisation défensive primitive est centrée sur le clivage responsable de l'incapacité du moi à intégrer les représentations de soi et d'objets bonnes et mauvaises. Elle est complétée par le déni, la dépréciation et l'idéalisation, ainsi que l'identification projective. À un niveau développemental plus élevé associé aux pathologies œdipiennes, le refoulement supplante le clivage comme défense principale. Fondée sur la constellation des défenses limites proposée par Kernberg, la LDS a été élaborée pour mesurer les défenses primitives, le clivage, le déni primitif,

la dépréciation, l'idéalisation primitive et l'identification projective. La LDS présente une définition de chaque défense, les indicateurs par lesquels elle se manifeste au Rorschach et des illustrations cliniques. En accord avec les conceptions de Kernberg, selon lesquelles ces défenses reflètent et organisent le monde des objets internalisés, seules les réponses humaines sont examinées. La forme perçue, la façon dont elle est décrite et l'action qui lui est attribuée sont prises en compte. Il semble que cette échelle n'ait été utilisée que par ses auteurs. Ses auteurs ont constaté à plusieurs reprises qu'elle donnait lieu à un accord intercotateurs acceptable. Sa validité est plus incertaine.

Lerner *et al.* (1987) ont évalué par la LDS un groupe de 70 sujets, adolescents ou jeunes adultes, âgés de 16 à 26 ans, constitué de 15 patients névrotiques suivis en consultation, de 15 patients limites suivis en consultation, de 21 patients limites hospitalisés, diagnostiqués selon les critères du DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., 1987), et de 19 patients hospitalisés affectés de schizophrénie diagnostiquée selon les RDC (Research Diagnostic Criteria, Spitzer, Endicott et Robins, 1975, 1978). Une analyse discriminante a été utilisée pour évaluer la capacité de l'échelle à prévoir le diagnostic. La LDS n'a pu différencier les patients névrotiques des patients limites suivis en consultation, ce qui est un résultat très insatisfaisant, montrant un manque majeur de validité discriminante. Cependant, elle a pu distinguer les patients névrotiques des patients limites hospitalisés, et les patients limites des patients avec un diagnostic de schizophrénie.

Blais *et al.* (1999) ont utilisé la mesure du clivage, de la dévaluation et de l'identification projective pour comparer 79 patients ayant reçu un diagnostic de troubles de la personnalité. Les résultats sont mitigés. Le clivage était modérément et positivement corrélé aux scores de personnalité limite ($r = 0,27$) et histrionique ($r = 0,26$), et plus faiblement négativement corrélé au score de personnalité narcissique ($r = -0,23$). Le clivage n'était pas corrélé significativement à la personnalité antisociale. La dévaluation était corrélée significativement uniquement à la personnalité limite ($r = 0,29$). L'identification projective n'était corrélée significativement à aucune des personnalités du cluster B. Une interrogation de la base psycINFO en 2017 ne retrouve aucune étude empirique plus récente.

4.1.2 La Rorschach Defense Scale

La Rorschach Defense Scale (RDS), développée par Cooper *et al.* (1988), mesure une gamme de mécanismes de défense plus étendue que la LDS. Le manuel de cette échelle présente 15 défenses dont chacune est décrite par 6 à 14 manifestations (isolation, intellectualisation, formation réactionnelle, rationalisation, refoulement, dépréciation, idéalisation primitive, identification projective, clivage, omnipotence, projection et 4 types de déni). La cotation utilise non seulement le contenu verbal mais aussi des aspects des réponses formelles et de la relation patient-examineur :

« Le système de cotation s'appuie essentiellement sur le contenu, non sur les déterminants ou les scores formels. Le manuel catégorise beaucoup d'aspects du contenu, incluant des images, des articulations verbales et affectives des perceptions et des commentaires sur soi ou les aspects de la situation de test (par exemple, remarques ou questions sur les tâches, l'examineur ou la procédure) » (p. 192).

Cooper *et al.* ont évalué par les RDS 68 sujets âgés de 18 à 39 ans, dont les diagnostics étaient une personnalité limite ($n = 21$), des traits limites ($n = 14$), une personnalité antisociale ($n = 17$), un trouble bipolaire II ($n = 16$), qui est un trouble bipolaire caractérisé par la survenue d'au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif majeur mais jamais d'épisode maniaque ou de cyclothymie. Le diagnostic des trois premiers groupes était élaboré suivant le DSM-III et le diagnostic du trouble bipolaire II, suivant les RDC. La fidélité interjuges évaluée par le coefficient de corrélation intraclasse a varié, suivant les mécanismes, de 0,45 à 0,80. Les données concernant la validité sont insatisfaisantes. Une analyse discriminante a montré que les défenses décrites par Kernberg dans l'organisation limite de la personnalité (clivage, dépréciation, projection, identification projective, idéalisation primitive et omnipotence) ne pouvaient différencier les trois groupes diagnostiques. En dehors de leurs auteurs, les RDS ont été peu utilisées.

Dans une étude longitudinale, Cooper *et al.* (1991) ont évalué la validité prédictive des RDS chez les sujets de leur étude initiale, publiée en 1988. La symptomatologie limite initiale a été évaluée par un entretien utilisant une échelle, la Borderline Personality Disorder Scale (Perry et Cooper, 1985). La symptomatologie anxieuse et dépressive a été évaluée principalement

par des échelles utilisant des cotateurs externes (Échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton) dans la deuxième année après l'évaluation initiale. Le fonctionnement psychosocial a été évalué après deux ou trois ans par une échelle évaluant le fonctionnement global, la GAS (Global Assessment Scale, Endicott *et al.*, 1976) et par une échelle mesurant les difficultés dans 7 domaines de fonctionnement psychosocial (travail, loisirs, relations sociales générales, relations avec les amis, les parents, le conjoint ou le partenaire, satisfaction générale dans la vie). Les résultats sont décevants : d'une part, « la plupart des mécanismes de défense ont échoué à prédire l'évolution à un degré substantiel » (p. 197), d'autre part, « en général, les défenses étaient des prédicteurs moins puissants qu'une évaluation d'orientation descriptive réalisée au début de l'étude » par la Borderline Personality Disorder Scale (p. 190). Cependant, un usage plus important de la dévaluation et, à un moindre degré, de la projection, par rapport aux autres défenses était lié à un devenir plus négatif, dans les domaines de la symptomatologie anxio-dépressive et du fonctionnement social, alors que l'utilisation relativement plus importante de l'intellectualisation, de l'isolation, des formations réactionnelles et du déni optimiste de façon irréaliste, était associée à une évolution meilleure dans les domaines affectifs et sociaux. Une interrogation de la base psycINFO en 2013 ne retrouve aucune étude empirique plus récente.

Différents auteurs ont donc légitimement considéré la fidélité et la validité de la LDS et des RDS comme insuffisantes (*cf.* Carr, 1987 ; Ritzler, 1995). Lilienfeld, coauteur d'une revue générale majeure sur le statut scientifique des tests projectifs (2000), souligne le manque de validation des LDS et des RDS, en avançant que « ces deux échelles ont encore à faire la preuve d'une reproduction suffisante des résultats par des investigateurs indépendants pour être considérées comme empiriquement validées » (communication personnelle, 2002). Ritzler (1995) conclut ainsi sa revue de l'évaluation des défenses par le Rorschach : « Le statut du Rorschach comme technique d'évaluation des mécanismes de défense doit être considéré comme incertain. »

4.2 Le Thematic Apperception Test et la mesure des mécanismes de défense

Des instruments pour mesurer les mécanismes de défense avec le Thematic Apperception Test (TAT, Morgan et Murray, 1935) ont été proposés.

En France, Shentoub (1990) a élaboré un système détaillé pour catégoriser les types de mécanismes de défense à l'aide du TAT. Les études de fidélité et de validité sont à poursuivre.

Le Defense Mechanism Manual pour le TAT (DMM, Cramer, 1991) a été élaboré pour mesurer, à partir des réponses au TAT, 3 types de défense : le déni, la plus immature, la projection, intermédiaire, et l'identification, la plus mature. Chaque défense peut être cotée selon une échelle de 7 niveaux. Ils sont, par exemple, pour le déni :

- l'omission d'un personnage ou d'un objet important ;
- une perception fausse ;
- un renversement ;
- une affirmation de négation ;
- un déni de la réalité ;
- une maximisation du positif ou une minimisation du négatif excessives ;
- un optimisme, une bienveillance ou une douceur inattendus.

Ces hiérarchies de niveaux ont été établies par une réflexion clinique et ne sont pas issues d'un travail empirique. Elles n'ont pas été validées empiriquement a posteriori. Hibbard *et al.* (1994) ont montré que l'analyse factorielle retrouvait les 3 échelles qui avaient une consistance interne satisfaisante. La fidélité interjuges s'est montrée adéquate chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et les patients psychiatriques (Cramer, 2002). Hibbard et Porcerelli (1998) ont divisé chaque échelle en 2 niveaux, mature et immature, suivant des seuils suggérés par Cramer. Ainsi, les 5 premiers niveaux de l'échelle du déni sont considérés comme appartenant au niveau immature. La combinaison des niveaux immatures des 3 défenses donne un score global d'immaturité des défenses, et celle des niveaux matures, un score de maturité. Ces auteurs ont évalué 109 étudiants, d'un âge moyen de 20 ans, par la méthode du DMM, du DSQ et des échelles psychopathologiques (une échelle d'évaluation des aspects immatures du mode de relation d'objet, une échelle de symptomatologie de la personnalité limite, une échelle d'évaluation des aspects immatures du narcissisme, une échelle de maturité des relations interpersonnelles et la SCL-90-R), qui donnaient chacune un score global. Le score global d'immaturité des défenses s'est montré faiblement corrélé positivement au score des défenses immatures au DSQ ($r = 0,17$). Le score de maturité des défenses était faiblement corrélé au score des défenses matures au DSQ ($r = 0,19$). Les scores de maturité et d'immaturité des défenses se sont révélés non corrélés significativement à la plupart

des échelles psychopathologiques. Les quelques corrélations significatives étaient faibles. Cogan *et al.* (2004) ont mesuré les défenses en utilisant conjointement la méthode du DMM et un entretien structuré coté par les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). Les deux mesures des défenses n'étaient pas liées significativement. Les éléments en faveur de la validité sont considérés comme insuffisants par Lilienfeld *et al.* (2000). Une interrogation de la base psycINFO en 2013 trouve quelques références postérieures à 2000, dues principalement à Porcerelli et à Cramer, à l'exception d'une étude chinoise. Porcerelli *et al.* (2010) ont étudié la validité convergente du DMM et de l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV. Les auteurs concluent que leurs résultats soutiennent la validité du déni et de la projection du DMM. Les résultats sont toutefois plus ambigus car la projection, considérée comme une défense intermédiaire, est plus fortement corrélée aux défenses du niveau de déformation majeure de l'image ($r = 0,48$) que ne l'est le déni, considéré comme plus immature ($r = 0,26$).

Quelques études ont utilisé le DMM (*e. g.*, Belchev *et al.*, 2017).

4.3 Le Defense Mechanism Test (DMT)

Le Defense Mechanism Test (DMT ; Kragh et Smith, 1970) est une méthode développée pour la sélection des pilotes militaires, en permettant d'identifier les sujets ayant un risque élevé d'accident. Son usage a été étendu à la psychopathologie. C'est un test de perception subliminale utilisant un tachistoscope permettant la projection rapide d'images représentant un stimulus menaçant. Le temps d'exposition à l'image est augmenté progressivement de 5 millisecondes (subliminal) à 2 millisecondes (supraliminal) ou jusqu'à ce que la personne testée perçoive l'image correctement. L'image la plus utilisée présente une personne jeune ayant une attitude neutre, au centre, et, dans la périphérie, une personne plus âgée menaçante, toutes deux du même sexe que la personne testée. Cette situation est censée représenter une menace œdipienne (un père ou une mère en colère) qui est supposée activer les mécanismes de défense caractéristiques de la personne testée. La tâche de la personne testée est de décrire verbalement et de dessiner ce qu'elle a perçu. Le temps d'exposition bref et le stimulus anxio-gène provoquent des interprétations subjectives dont la déformation peut être interprétée comme une manifestation perceptive des mécanismes de défense. La cotation des réponses est guidée par un manuel. Dix défenses

peuvent être cotées (par exemple, le déni, où la personne menaçante n'est pas perçue, l'identification à l'agresseur, où la personne jeune est perçue comme menaçante).

Les premières applications à la psychopathologie ont été encourageantes. Par exemple, Fransson *et al.* (1998) ont comparé 3 groupes d'adolescents, un groupe psychotique, un groupe de personnalités limites et un groupe non clinique. Le DMT a distingué les 3 groupes qui se caractérisaient par des déformations perceptives spécifiques pouvant être interprétées comme des mécanismes de défense pour les groupes limites et non cliniques et plutôt comme des dysfonctions perceptives pour le groupe psychotique. Ekehammar *et al.* (2005) ont montré que ce test pouvait être coté fidèlement par des cotateurs entraînés mais que les corrélations avec 3 autres mesures des défenses, le DMI, le LSI et le DSQ, étaient faibles. Les auteurs concluent que le DMT n'explore pas les mécanismes de défense mais plutôt des caractéristiques perceptuelles ou de traitement de l'information.

Depuis cette dernière étude, la recherche sur le DMT s'est essoufflée. Une interrogation de la base psycINFO en 2017 ne retrouve aucune étude empirique plus récente.

Chapitre 4

**Études empiriques,
implications cliniques
et interventions thérapeutiques
sur les mécanismes de défense**



Sommaire

1. Mécanismes de défense, âge et sexe	145
2. Mécanismes de défense, événements de vie et environnement.....	146
3. Mécanismes de défense et autres caractéristiques de la personnalité	147
4. Mécanismes de défense, adaptation psychosociale et santé	148
5. Mécanismes de défense et troubles psychiatriques.....	151
6. Mécanismes de défense et troubles de la personnalité.....	157
7. Mécanismes de défense et thérapies	160
8. Les implications cliniques.....	168
9. Les interventions thérapeutiques sur les défenses	169

Ces études empiriques ont évalué les relations entre les mécanismes de défense, l'âge et le sexe, les événements de vie et l'environnement, d'autres caractéristiques de la personnalité, la santé physique, les troubles psychiatriques.

1. Mécanismes de défense, âge et sexe

Le DSQ ne montre pas de différence dans le style de défense selon le sexe dans la population normale. Toutefois, l'usage des défenses immatures diminue avec l'âge dans un échantillon non clinique de sujets âgés de 12 à 75 ans (Andrews *et al.*, 1993). En revanche, Holi *et al.* (1999), utilisant également le DSQ, ont constaté dans un échantillon principalement non clinique que les hommes avaient des scores de dissociation, d'isolation, de dévalorisation et d'agression passive plus élevés que les femmes, alors que celles-ci présentaient un score plus élevé d'altruisme et de somatisation. Bullitt et Farber (2002) ont également signalé des différences entre les sexes au DSQ. Petraglia *et al.* (2009) ont observé que les hommes et les femmes utilisaient plus ou moins certains mécanismes, suggérant que les deux sexes s'appuyaient sur des organisations défensives différentes face aux situations conflictuelles. En revanche, ils n'ont relevé aucune différence concernant la maturité des défenses en évaluant le fonctionnement défensif global.

Au DSQ, des évaluations réalisées entre les âges de 15 et 19 ans et répétées cinq ans plus tard ont montré que les scores de défenses névrotiques et immatures décroissaient chez les garçons et les filles, alors que les défenses matures ne changeaient pas significativement. Les filles avaient des scores de défenses névrotiques plus élevés que les garçons, dans la grande adolescence et au jeune âge adulte (Tuulio-Henriksson *et al.*, 1997). Évalués par le CADS (Comprehensive Assessment of Defense Style), les adolescents utilisent plus de défenses matures que les enfants, et les filles plus de défenses matures que les garçons (Laor *et al.*, 2001).

La comparaison de trois groupes d'âge (17-23 ans, 40-47 ans et 63-70 ans) a montré que le groupe le plus jeune utilisait significativement moins les défenses matures et significativement plus les défenses immatures que les deux autres groupes, qui ne se distinguaient pas entre eux. En revanche,

l'usage de moyens de coping efficaces ne différençiait pas les trois groupes (Whitty, 2003). La comparaison d'un groupe de jeunes de 20 ans en moyenne et d'un groupe de sujets de 70 ans en moyenne a montré une stabilité des mécanismes adaptatifs au cours de la vie alors que les défenses inadapées diminuaient avec l'âge (Segal *et al.*, 2007).

2. Mécanismes de défense, événements de vie et environnement

Les études interculturelles sont rares. La validité des mécanismes de défense a été montrée dans une population asiatique (Tori et Bilmes, 2002). Les défenses semblent influencées par la culture (Watson et Sinha, 1998). Elles peuvent l'être par l'environnement familial : des caractéristiques familiales positives, comme la cohésion, sont corrélées avec l'utilisation de défenses matures du DSQ chez l'adolescente, alors que des caractéristiques négatives, comme les conflits, sont corrélées à l'utilisation de défenses immatures (Thienemann *et al.*, 1998). Les événements de vie négatifs familiaux sont corrélés positivement aux défenses immatures du DSQ chez l'adolescente (Araujo *et al.*, 1999).

Dans l'étude dite « Hommes de Harvard », l'utilisation des défenses matures réduisait le risque de développer un trouble dépressif majeur à la suite de l'exposition à de multiples événements de vie stressants (Vaillant, 2000). Les expériences traumatiques de guerre sont associées à une utilisation plus importante des défenses immatures au DSQ (Silverstein, 1996). Les défenses matures peuvent protéger contre le développement d'un état de stress post-traumatique après l'exposition aux traumatismes de guerre : toujours dans l'étude « Hommes de Harvard », parmi les sujets exposés aux situations de combat les plus sévères lors de la Seconde Guerre mondiale, ceux qui utilisaient le plus les défenses matures présentaient moins de symptômes d'état de stress post-traumatique que ceux qui les mobilisaient moins (Vaillant, 2000).

3. Mécanismes de défense et autres caractéristiques de la personnalité

Le tempérament est fortement corrélé au style de défense évalué par le DSQ chez l'adolescente (Shaw *et al.*, 1996). L'alexithymie évaluée par l'Échelle d'alexithymie de Toronto est associée fortement aux défenses immatures chez l'adulte, faiblement aux défenses névrotiques et négativement aux défenses matures mesurées par le DSQ (Parker *et al.*, 1998). Un style d'attribution négatif est lié à une faible maturité des défenses chez le jeune adulte (Kwon et Lemon, 2000). Chez l'adulte, le neuroticisme, mesuré par le questionnaire de personnalité d'Eysenck (1975), est corrélé aux défenses immatures et non aux défenses névrotiques évaluées par le DSQ (Muris et Merckelbach, 1996).

Cramer (2002) a trouvé une relation entre les défenses évaluées par le DMM (Defense Mechanism Manual) et des caractéristiques de personnalité évaluées par le CAQ (California Adult Q-set, Block, 1978). Le CAQ est constitué de 100 items évaluant une large gamme de comportements cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux qui peuvent être utilisés pour caractériser un individu. Chaque item est coté par le clinicien sur une échelle en 9 points, allant de « pas du tout caractéristique » du sujet à « hautement caractéristique », après une évaluation approfondie pouvant intégrer différentes sources d'information (entretiens cliniques, tests psychologiques, etc.).

Les sujets de l'étude étaient 91 jeunes adultes de 23 ans (45 hommes, 46 femmes) participant à une étude longitudinale. Le TAT et le CAQ ont été cotés de façon indépendante par des cliniciens différents. Les corrélations entre chaque caractéristique comportementale du CAQ et les scores globaux des 3 échelles évaluant le déni, la projection et l'identification ont été étudiés. Chez l'homme comme chez la femme, une corrélation significative a été observée entre l'échelle de déni et des caractéristiques comme l'instabilité, l'imprévisibilité, ainsi que des signes multiples d'immaturité. L'échelle de projection était, en revanche, corrélée à des traits différents chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, la projection était liée à des caractéristiques comme la méfiance, évoquant la description clinique de la personnalité paranoïde. Chez la femme, au contraire, l'échelle de projection n'était pas liée à des traits paranoïdes mais à des comportements sociaux

adaptatifs, comme être socialement compétente, avoir de l'humour. Ces différences sont liées aux contributions différentes des divers niveaux de la projection au score global chez les hommes et les femmes : chez les femmes, la relation entre les items du CAQ et le score total de projection est presque entièrement déterminée par le niveau 1 de la projection, c'est-à-dire l'attribution d'intentions ou de sentiments hostiles, ou d'autres sentiments ou intentions socialement inacceptables. Cramer considère que cette attribution est liée à l'externalisation des émotions négatives et à la capacité à exprimer des sentiments négatifs.

Cette capacité est une composante d'un mécanisme de défense du niveau adaptatif élevé, l'affirmation de soi par l'expression des sentiments. On peut donc se demander si l'attribution de sentiments ou d'intentions négatives aux personnages du TAT ne renvoie pas à d'autres processus que la projection. Cette attribution peut être, en effet, réaliste et exprimer la capacité à anticiper les sentiments et les intentions des autres. Il faudrait donc définir des indicateurs permettant de distinguer les deux types d'attributions, réaliste et irréaliste, ce dernier pouvant renvoyer à la projection. L'échelle d'identification n'était pas significativement corrélée aux comportements chez l'homme, alors qu'elle était liée chez la femme à des caractéristiques sociales positives.

4. Mécanismes de défense, adaptation psychosociale et santé

Les études de Vaillant *et al.* ont montré que la maturité des défenses prédisait la bonne santé mentale et physique. Ce sont de vastes observations longitudinales évaluant les relations entre histoires de vie, mécanismes de défense et adaptation psychosociale. L'étude du groupe « Hommes de Boston » a consisté en l'évaluation répétée d'un groupe de 307 sujets issus de milieux sociaux défavorisés (Vaillant *et al.*, 1986). Leurs évaluations aux âges de 14 ans et 47 ans ont été confrontées.

À l'âge de 47 ans, les mécanismes de défense ont été évalués par une procédure en aveugle : un entretien semi-structuré d'une durée de 2 heures, focalisé sur les difficultés dans les relations, dans la santé physique et

le travail, a été résumé en 20 à 30 pages. Ce résumé a été soumis à des évaluateurs indépendants (n'ayant pas rencontré les sujets et ne disposant pas d'autres informations), sans formation psychanalytique approfondie, précédemment formés au repérage de 15 mécanismes de défense définis de manière opérationnelle.

Les mécanismes de défense étaient classés en trois groupes :

- mature (sublimation, évitement, anticipation, altruisme, humour) ;
- intermédiaire/névrotique (déplacement, refoulement, isolation, formation réactionnelle) ;
- immature (projection, fantasmes schizoïdes, agression passive, agir, hypochondrie, déni).

L'accord inter-évaluateurs s'est révélé très satisfaisant pour l'évaluation globale du niveau de maturité des défenses, mais seulement modeste pour l'évaluation de chaque défense.

Le niveau de maturité des défenses s'est montré corrélé à la santé mentale, à la maturité émotionnelle et au degré de compétence sociale, mesurés à l'adolescence.

La corrélation entre la maturité des défenses et la santé mentale était plus élevée quand les conditions sociales et familiales de l'enfance étaient défavorables, ce qui montre que des défenses adaptées peuvent permettre de surmonter le désavantage initial d'un milieu négatif. Le DSQ de Bond, administré entre 52 et 54 ans, a identifié les mêmes styles de défense.

L'étude du groupe « Hommes de Harvard » a suivi 173 étudiants, sélectionnés pour leurs bons résultats universitaires et l'absence de troubles physiques ou psychiques, de l'âge de 18 ans à celui de 65 ans (Vaillant *et al.*, 1976). Les défenses ont été évaluées par la même procédure vers l'âge de 50 ans ; elles ont participé à un ensemble de prédicteurs biopsychosociaux mesurés avant 50 ans qui ont été corrélés avec la santé mentale et physique et la satisfaction par rapport à la vie à 65 ans. Cinq variables apparurent avoir une valeur prédictive de la santé mentale et physique à 65 ans. Ces variables, classées par degré décroissant d'influence, étaient : l'absence de la consommation de tranquillisants ou d'antidépresseurs avant 50 ans, la maturité des défenses, le maintien des relations familiales avec les parents puis la fratrie, l'absence d'alcoolisme, l'absence de dépression.

Il est à noter que la maturité des défenses arrive en deuxième position des variables prédisant la santé mentale et physique. 15 des 21 hommes ayant un antécédent dépressif avant 50 ans étaient physiquement chroniquement malades ou décédés à 63 ans ; des défenses immatures primaient chez près de la moitié contre 7 % des sujets n'ayant pas consommé de tranquillisants ou d'antidépresseurs et n'ayant pas d'antécédents dépressifs ; la proportion était inverse pour la prédominance des défenses matures.

Dans les deux échantillons, le degré d'utilisation des défenses matures a été corrélé avec différents indicateurs de santé physique et mentale mesurés environ vingt ans plus tard :

- l'adaptation psychosociale, évaluée par les promotions et le plaisir au travail, la stabilité maritale, l'absence de consultations de psychiatres ou d'usage de tranquillisants ;
- le soutien social, mesuré par le degré de proximité avec l'épouse, les enfants, les frères et sœurs, les amis, la présence ou l'absence d'un confident, la force d'affiliation à une communauté religieuse ;
- le plaisir à vivre, mesuré par le degré de satisfaction dans la relation conjugale, les enfants, le travail, les amis, les loisirs, le sport, les activités communautaires et religieuses ;
- le fonctionnement physique subjectif, évalué, dans cette population vieillissante, par la capacité des indicateurs comme la capacité à monter les escaliers, à se déplacer en marchant sur des distances moyennes ;
- la santé physique objective, évaluée par un médecin interne.

Dans ces deux échantillons très différents socio-économiquement, les défenses matures prédisaient l'adaptation psychosociale, le soutien social, le plaisir à vivre, et le fonctionnement physique subjectif. En revanche, les défenses matures ne prédisaient pas la santé physique objective.

Une étude a montré que les sujets ayant un profil de défense adaptatif avaient une consommation de soins médicaux moindre (MacGregor *et al.*, 2003).

Les études empiriques n'ont pas confirmé les hypothèses antérieures postulant des relations spécifiques entre différentes maladies dites « psycho-somatiques » et défenses. Ainsi, Ihilevich et Gleser (1995) rapportent que les études utilisant le Defense Mechanism Inventory réalisées chez des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires, d'hypertension, d'ulcères

gastro-duodénaux, de migraines ou de céphalées de tension, de psoriasis, de polyarthrite rhumatoïde, de douleurs chroniques, ont montré que certains de ces groupes se caractérisaient par des scores élevés de défenses répressives ou autopunitives et des scores bas d'agression ou de projection. Toutefois, ces liens n'étaient pas spécifiques. En outre, se pose bien sûr le problème de la perturbation initiale, les particularités défensives pouvant être des conséquences psychologiques de la maladie.

Les études des relations entre défense et pression sanguine artérielle ont donné des résultats contradictoires. L'étude « Hommes de Harvard » a montré l'absence de relations entre les mécanismes de défense mesurés avant 50 ans et l'hypertension à 70 ans ; l'usage de la sublimation était toutefois corrélé négativement à la pression diastolique (Vaillant et Gerber, 1996). Cramer (2003) a évalué la pression sanguine avant et après des tâches stressantes (calcul mental, associations verbales) suivies de la mesure des défenses par le TAT dont les réponses ont été analysées avec le *Defense Mechanism Manual*. L'utilisation de la projection était associée à une pression diastolique plus basse. Celle de l'identification était associée à une augmentation de la pression diastolique. MacGregor *et al.* (2003) ont observé qu'un score élevé de défense adaptative était lié à une moindre pression systolique et diastolique.

5. Mécanismes de défense et troubles psychiatriques

Freud, et plus tard Anna Freud, ont suggéré qu'il pouvait exister une connexion spécifique entre certains mécanismes de défense et certains symptômes. Les nouveaux instruments d'évaluation ont permis de multiplier les études empiriques des relations entre mécanismes de défense et troubles psychiatriques. La plupart de ces études ont évalué les niveaux défensifs. Plus rares sont celles qui ont essayé de lier un trouble psychiatrique à l'usage de mécanismes de défense particuliers.

5.1 Troubles psychiatriques et niveaux de défense

La plupart des études ont abouti à la conclusion que les niveaux de défense distinguaient les sujets ayant des troubles psychiatriques des sujets contrôles. Les études utilisant le DSQ ont régulièrement mis en évidence

que les défenses immatures distinguaient les sujets ayant un trouble psychiatrique des sujets contrôles. Les sujets adultes ayant un trouble anxieux ou dépressif ont un score de défenses immatures au DSQ supérieur aux sujets contrôles (Spinhoven et Kooiman, 1997). Les sujets ayant une dépression majeure, un trouble panique, une anxiété généralisée ou une phobie sociale ont un score de défenses immatures au DSQ significativement supérieur aux sujets contrôles, alors que les défenses névrotiques et matures ne les distinguent pas (Kennedy *et al.*, 2001). Les sujets adultes ayant un trouble de dépersonnalisation ont aussi un score de défenses immatures au DSQ supérieur aux sujets contrôles (Simeon *et al.*, 2002). Chez l'adolescente ayant une dépression ou un trouble du comportement alimentaire, un style de défense immature au DSQ était corrélé aux scores à l'Inventaire de dépression de Beck (Smith *et al.*, 1992).

En revanche, la plupart des études comparant les défenses de divers troubles psychiatriques ont trouvé peu de différences. Bond et Sagala Vaillant (1986) ont étudié les relations entre le style de défense évalué par le DSQ et quatre groupes diagnostiques (psychoses, troubles de l'humeur, troubles anxieux et autres troubles). Les sujets ayant un trouble de l'humeur ne se distinguaient pas des sujets contrôles, tandis que les trois autres groupes rapportaient plus de défenses immatures et moins de défenses matures que les contrôles, mais d'une manière qui ne permettait pas de les distinguer. Sullivan *et al.* (1994) ont évalué le style défensif de patientes adultes anorexiques, boulimiques ou anorexiques et boulimiques par le DSQ et n'ont pas trouvé de différence entre les groupes. Tordjman *et al.* (1997), utilisant également le DSQ, n'ont aussi signalé que peu de différences entre des adolescentes et des jeunes adultes anorexiques et boulimiques. Perry *et al.* (1998) n'ont constaté que des corrélations faibles à modérées entre les troubles psychiatriques et le niveau de défense évalué par les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS, Perry, 1990; Perry et Cooper, 1989). Offer *et al.* (2000) ont comparé des adolescents ayant un diagnostic de schizophrénie, de troubles dépressifs majeurs et de troubles obsessionnels-compulsifs et des sujets contrôles. Si les défenses évaluées par le Life Style Index et l'Ego Defense Scale distinguaient nettement les sujets ayant un trouble psychiatrique des sujets contrôles, il existait peu de différences entre les troubles psychiatriques.

Guelfi *et al.* (2000) ont utilisé le Defense Style Questionnaire (DSQ-40) chez 94 adultes hospitalisés en psychiatrie. Les scores de défense matures, névrotiques et immatures ne distinguaient pas les patients ayant fait une

tentative de suicide récente ($n = 27$) des autres. En revanche, les sujets affectés de dépression majeure ($n = 77$) différaient des non-déprimés par un score de défenses matures significativement plus bas.

Quelques études ont utilisé la Symptom Checklist (SCL-90 et SCL-90-R; Derogatis, 1983), qui est un questionnaire de 90 items mesurant diverses dimensions symptomatiques comme la dépression, l'anxiété, les somatisations, les obsessions-compulsions et les idées paranoïdes. Il permet de calculer un score total qui est considéré comme un indice global de dysfonction. Muris et Merckelbach (1996) ont retrouvé des corrélations modérées et significatives entre les défenses immatures au DSQ et le score total de la SCL-90-R, alors que les corrélations entre les défenses névrotiques et matures et le score total n'étaient pas significatives. Holi *et al.* (1999) ont réalisé une analyse de régression multiple avec comme critère le score total de la SCL-90 et comme prédicteurs les scores de défenses immatures, névrotiques et matures au DSQ, et ils ont constaté également que les défenses immatures étaient le principal prédicteur du score total, la contribution des défenses névrotiques et matures étant minime.

Sammallahti *et al.* (1994) ont conduit l'une des rares études qui aient établi que le niveau de maturité des défenses évalué par le DSQ variait avec la sévérité du trouble psychiatrique.

Muris *et al.* (2003) ont étudié, dans un échantillon d'adolescents scolarisés, les relations entre styles de défense, traits de personnalité et symptômes psychopathologiques en utilisant le DSQ, le questionnaire de personnalité d'Eysenck qui mesure trois dimensions de la personnalité: le névrosisme, prédisposition aux troubles anxieux et dépressifs; l'extraversion et le psychoticisme, prédisposition à la psychose, aux troubles antisociaux et aux troubles liés aux substances psychoactives, et un questionnaire évaluant les syndromes du DSM-IV. Le neuroticisme était modérément corrélé aux défenses névrotiques ($r = 0,41$) et aux défenses immatures ($r = 0,47$). Le psychoticisme était plus fortement corrélé aux défenses immatures ($r = 0,53$). Les défenses névrotiques étaient modérément corrélées aux troubles anxieux et les défenses immatures aux symptômes de trouble d'opposition, de trouble des conduites et de troubles liés aux substances psychoactives. Des analyses de régression ont montré que les dimensions de la personnalité et les styles défensifs contribuaient de façon indépendante à la prédiction des syndromes psychopathologiques.

D'autres études ont confirmé les effets prédicteurs de la maturité des défenses : ainsi, les troubles psychiatriques au jeune âge adulte sont corrélés positivement avec un style de défense immature à l'adolescence et négativement avec un style de défense immature (Tuulio-Henriksson *et al.*, 1997). Laconi *et al.* (2017) ont étudié l'influence des mécanismes de défense évalués par le DSQ-28 et des processus de coping sur l'usage problématique d'Internet chez 786 étudiants. L'usage problématique était prédit par les défenses immatures et les copings inadaptés, en contrôlant la dépression et les traits de personnalité du DSM-IV.

5.2 Troubles psychiatriques et mécanismes de défense spécifiques

Certaines études ont évalué si des défenses particulières étaient associées aux différents troubles psychiatriques. Les troubles dépressifs et anxieux ont été les plus étudiés.

Une étude non publiée de Plutchik (1991, citée par Conte et Apter, 1995), utilisant le Life Style Index, a trouvé que les sujets déprimés avaient des scores plus élevés de régression, refoulement, formation réactionnelle et projection. Dans les études de Noam et Recklitis (1990) et Margo *et al.* (1993), les sujets déprimés usaient, au Defensive Mechanism Inventory, de plus de projection et de retournement contre soi de l'agressivité que les sujets du groupe de contrôle. Bloch *et al.* (1993) ont trouvé que les sujets ayant une dysthymie (dépression mineure chronique) avaient des scores élevés de déni et de refoulement à la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS, Perry et Cooper, 1989). Guelfi *et al.* (2000) ont observé que les patients hospitalisés affectés de dépression majeure avaient, au Defense Style Questionnaire (DSQ-40), des scores moyens de répression, d'humour et d'anticipation significativement plus bas que les non-déprimés. Les patients ayant fait une tentative de suicide avaient des scores d'agression passive et d'*acting-out* plus élevés et un score d'isolation plus faible que les autres. Ihilevich et Gleser (1995), utilisant le Defense Mechanism Inventory, ont dégagé quatre profils défensifs différents chez des sujets déprimés : une élévation des défenses autopunitives ; une élévation des défenses autopunitives et des défenses de « renversement » (déni, refoulement) ; une élévation des défenses autopunitives et des défenses de projection ou d'agression ; une élévation isolée des défenses agressives. Chez des patients déprimés

hospitalisés, l'utilisation plus importante des mécanismes de défense de distorsion de l'image, mesurés par le DSQ, était associée à une tentative de suicide (Hovanesian *et al.*, 2009).

Pollock et Andrews (1989) ont comparé par le DSQ des sujets non cliniques et des sujets affectés de divers troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale et trouble obsessionnel-compulsif). Les sujets affectés de trouble panique et d'agoraphobie montraient des niveaux de déplacement, de formation réactionnelle et de somatisation significativement plus élevés que les sujets non cliniques. Les sujets ayant une phobie sociale usaient de plus de dévaluation et de déplacement, et les sujets ayant des troubles obsessionnels-compulsifs, de plus d'annulation, de passages à l'acte et de projection.

Bush *et al.* (1995) ont confronté les résultats de l'étude de Pollock et d'Andrews avec les hypothèses psychodynamiques inspirées par certaines études cliniques de sujets affectés de troubles panique, qui ont suggéré le rôle de facteurs développementaux et de conflits intrapsychiques dans le développement du trouble panique. Klein (1964) a constaté que la moitié de ces sujets souffrant de trouble panique avaient été des enfants craintifs et dépendants, avec une anxiété de séparation marquée; il suggère que ces sujets ont souffert toute leur vie d'un niveau élevé d'anxiété de séparation et ont développé des attaques de panique dans des circonstances où ils étaient particulièrement vulnérables. Kleiner et Marshall (1987) ont réalisé une évaluation systématique des symptômes précédant les attaques de panique chez des sujets ayant une agoraphobie avec panique; ces sujets avaient une histoire de dépendance, de manque d'assertivité et se décrivaient comme très anxieux socialement et craignant les évaluations négatives des autres; ils se caractérisaient par des difficultés à faire face à la colère et aux critiques et par une tendance à se soumettre aux autres. Bush *et al.*, dans une étude antérieure (1991), ont mis en évidence, par des entretiens psychodynamiques, que les sujets ayant un trouble panique avaient des difficultés particulières à reconnaître les affects négatifs et à gérer la colère qui représentait pour eux une menace pour les liens avec les personnes importantes de leur vie. Bush *et al.* (1995) ont avancé l'hypothèse suivante: les sujets qui ont un trouble panique utiliseraient de façon prédominante des défenses protégeant les objets dont ils dépendent de leurs sentiments de colère et de leurs impulsions agressives – la formation réactionnelle contre la colère, l'annulation des sentiments et des pensées négatives, le déplacement de la

colère. Ces auteurs ont testé cette hypothèse par un protocole rigoureux où ils ont comparé 22 sujets ayant un trouble panique et 22 sujets ayant une dysthymie, comme diagnostic prédominant. Ils ont évalué les mécanismes par les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS, Perry et Cooper, 1989). Les sujets ont participé à des entretiens semi-structurés examinant la maladie actuelle, les circonstances entourant son début, les relations familiales précoces dans une perspective psychodynamique. Les entretiens étaient réalisés par des cliniciens ayant une formation psychodynamique, la plupart d'entre eux étant psychanalystes. Ces entretiens ont été filmés. Chaque enregistrement a été coté par deux évaluateurs (différents des cliniciens ayant réalisé les entretiens) qui avaient été formés par un des auteurs des DMRS (Perry) durant un entraînement de 25 heures. Les deux cotateurs cotaient indépendamment chaque mécanisme de défense sur une échelle en trois points (0 = absent ; 1 = probablement présent ; 2 = nettement présent), puis se rencontraient pour obtenir un consensus (le cotateur proposant le score le plus élevé pour une défense donnée présentait comme justification des exemples précis extraits de l'entretien ; les désaccords étaient résolus en se référant aux définitions du manuel). Les sujets ayant un trouble panique avaient un score plus élevé que les sujets dysthymiques pour la formation réactionnelle et l'annulation, mais pas pour le déplacement. Les sujets ayant un trouble panique et les sujets ayant une dysthymie avaient des scores élevés de déni et de refoulement. Les auteurs ont considéré que ces résultats étaient en accord avec leur hypothèse de l'usage, par les sujets ayant un trouble panique, de mécanismes de défense contre les affects négatifs qui représentent une menace pour la relation avec des personnes dont ils dépendent. Selon Bogren *et al.* (2002) qui se servaient d'une version du Defense Mechanism Test, les défenses les plus communes des sujets ayant un trouble panique étaient le refoulement et le déni.

Dans l'étude de Holi *et al.* (1999), une série d'analyses de régression avec comme critères successifs les différents scores de la SCL-90 (somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idées paranoïdes, psychoticisme) et comme prédicteurs les différents mécanismes de défense a montré une faible relation entre les mécanismes de défense et les symptômes, à l'exception de la projection, qui était étroitement associée aux idées paranoïdes.

Au TAT coté avec le DMM (*Defense Mechanism Manual*), les adolescents ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites utilisaient plus la défense

immature du déni et moins la défense mature d'identification que les adolescents ayant un trouble de l'adaptation. La projection ne différenciait pas les deux groupes (Cramer et Kelly, 2004). Des antécédents d'auto-atteintes délibérées étaient liés chez l'adolescent à un niveau plus élevé de défenses immatures au DSQ-40 (Brody et Carson, 2012).

D'autres études sont bien sûr nécessaires pour préciser les relations entre troubles psychiatriques et défenses. Des études longitudinales seraient souhaitables pour mieux les comprendre. En effet, la constatation d'une relation entre troubles psychiatriques et défenses ne doit pas être interprétée comme indiquant le rôle causal des mécanismes de défense. L'activation des mécanismes de défense particuliers peut être un symptôme d'un trouble psychiatrique : « Nous devons garder à l'esprit que la présence d'un mécanisme de défense peut représenter une réaction à une maladie plutôt qu'une caractéristique prédisposante » (Busch *et al.*, 1995, p. 302).

Dans l'état actuel des connaissances, la mesure des mécanismes de défense n'apparaît pas redondante au diagnostic. Les sujets ayant un même trouble psychiatrique peuvent avoir des styles de défense différents. À l'inverse, des styles de défense comparables peuvent se rencontrer dans des troubles psychiatriques différents. La mesure des mécanismes de défense donne une information supplémentaire qui peut être utile aux décisions thérapeutiques (Andrews *et al.*, 1993; Busch *et al.*, 1995; Ihilevich et Gleser, 1991, 1995).

6. Mécanismes de défense et troubles de la personnalité

Les sujets ayant un trouble de la personnalité ont un score de défenses « limites » (omnipotence, dévaluation, clivage, déni, identification projective) au DSQ significativement plus élevé que des sujets névrotiques et des sujets non cliniques (Sammallahti et Aalberg, 1995).

En revanche, la capacité de la mesure des mécanismes de défense à distinguer les différents troubles de la personnalité a donné des résultats contradictoires. Sinha et Watson (1999), utilisant le DSQ, ont constaté que la plupart des troubles de la personnalité étaient caractérisés par un niveau élevé de défenses immatures et par un niveau faible de défenses matures, mais que le style de défense ne permettait pas de distinguer les troubles de

la personnalité entre eux. Mulder *et al.* (1999) ont également remarqué la relation entre les troubles de la personnalité et les défenses immatures au DSQ mais aussi l'absence de relation entre le style de défense et l'appartenance à un des trois clusters (cluster A : personnalités schizoïde, schizotypique et paranoïde ; cluster B : personnalités limite, narcissique, histrionique et antisociale ; cluster C : personnalités évitante, dépendante, obsessive-compulsive). Sinha et Watson (2004) ont trouvé une relation modeste entre les styles défensifs « mature », « névrotique » et « immature » évalués par le DSQ et l'appartenance à l'un des trois clusters. Bond *et al.* (1994), utilisant aussi le DSQ dans sa version à 88 items, ont trouvé que les femmes ayant un trouble limite de la personnalité avaient des scores de défenses immatures et de défenses par distorsion de l'image supérieurs à ceux des femmes ayant un autre trouble de la personnalité (Bond *et al.*, 1994). Au DSQ à 88 items, les hommes ayant un trouble limite de la personnalité ont aussi des scores de défenses immatures et de défenses par distorsion de l'image supérieurs aux hommes ayant un autre trouble de la personnalité (Paris *et al.*, 1996).

D'autres études ont trouvé des associations privilégiées entre certains troubles de la personnalité et certains mécanismes de défense.

Vaillant et Drake (1985), utilisant l'entretien clinique coté à l'aide d'une échelle des mécanismes de défense, ont trouvé que deux tiers de 74 hommes ayant un trouble de la personnalité usaient principalement des défenses immatures contre 10 % de 233 hommes sans trouble de la personnalité. Ils ont mis en évidence l'utilisation préférentielle de certains mécanismes de défense dans certains troubles de la personnalité, les autres mécanismes de défense n'étant une défense majeure que pour moins d'un tiers d'entre eux : la projection et le passage à l'acte ont été évalués comme une défense majeure respectivement pour 100 % et 75 % des personnalités paranoïaques ; le passage à l'acte, le déni et la projection, respectivement pour 75 %, 63 % et 38 % des personnalités antisociales et pour 63 %, 83 % et 39 % des personnalités narcissiques, ces deux personnalités apparaissant impossibles à distinguer par les mécanismes de défense ; le déni était une défense majeure pour 63 % des personnalités dépendantes ; l'agression passive et le déni étaient une défense majeure pour 64 % et 43 % des personnalités passives-agressives ; la rêverie autistique était la défense majeure de 33 % des personnalités schizoïdes. La personnalité évitante n'avait aucune spécialisation défensive, l'ensemble des mécanismes de défense y étant une défense majeure avec des fréquences comparables aux environs de 20 %.

Blais *et al.* (1996), utilisant l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV, ont souligné par analyse de régression multiple des liens spécifiques entre les troubles de la personnalité et les niveaux de défense. Ainsi :

- le seul prédicteur de la personnalité limite était l'appartenance au niveau de distorsion majeure de l'image ;
- le seul prédicteur de la personnalité narcissique était le niveau de distorsion mineure de l'image ;
- la personnalité histrionique était prédite par le niveau de distorsion majeure de l'image et le niveau du désaveu ;
- la personnalité dépendante était prédite par le niveau de l'inhibition mentale et le niveau de distorsion majeure de l'image.

Les auteurs soulignent que l'évaluation du fonctionnement défensif peut contribuer aux diagnostics de troubles de la personnalité : ainsi, les personnalités narcissiques et histrioniques, qui sont difficiles à distinguer au niveau symptomatique, apparaissent dans cette étude liées à des niveaux défensifs différents. Cette étude souligne que l'utilisation d'une échelle de mesure des mécanismes de défense dont la validité est moins insuffisante que celle du DSQ permet de différencier les troubles de la personnalité contrairement au DSQ, qui le fait peu ou pas. L'absence de relation entre les troubles psychiatriques et les mécanismes de défense observée avec le DSQ reste donc incertaine et devrait être réévaluée en utilisant un instrument plus valide comme l'Échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV.

Hersoug *et al.* (2002) n'ont pas retrouvé de corrélation entre l'indice global de fonctionnement défensif dérivé des DMRS (Defense Mechanism Rating Scales) et le nombre de critères de troubles de la personnalité évalué par un entretien structuré, le SCID II, parmi un groupe de 40 patients.

Les résultats concernant la personnalité limite sont assez disparates. Zanarini *et al.* (2009) ont comparé par le DSQ 290 patients avec le diagnostic de personnalité limite à 72 patients avec un diagnostic d'autres troubles de la personnalité. Les patients limites avaient des scores plus élevés que les autres troubles de la personnalité pour 8 défenses sur les 19 évaluées : annulation, passage à l'acte, hypocondrie émotionnelle, agression passive et projection, clivage et identification projective. Les autres troubles de la personnalité avaient un score plus élevé de répression. Le passage à l'acte, l'hypocondrie émotionnelle et l'annulation étaient des prédicteurs indépendants du diagnostic de personnalité limite. Presniak *et al.* (2010) ont

comparé les styles défensifs mesurés par observateur externe (Defense-Q) et par questionnaire (DSQ) chez les personnalités limites et antisociales. Sur le plan défensif, les personnalités limites se caractérisaient par une dépendance interpersonnelle et la tendance à retourner l'agressivité contre soi alors que les personnalités antisociales se caractérisaient par l'égoïsme, l'exploitation interpersonnelle et la tendance à tourner l'agressivité vers les autres. L'utilisation des DMRS a montré que les personnalités limites se distinguaient des sujets contrôles par un pourcentage plus élevé de défenses par l'action, de défenses limites, de déni, de défenses narcissiques et hystériques, et par un pourcentage plus faible de défenses matures et obsessionnelles (Kramer *et al.*, 2013). Un suivi de 16 ans a étudié l'évolution des personnalités limites et des autres troubles de la personnalité par le DSQ-88 : des niveaux plus élevés d'identification projective et de clivage distinguaient les personnalités limites ; la guérison des personnalités limites était prédite par l'humour alors que la persistance du trouble était prédite par des niveaux élevés de passage à l'acte, d'hypocondrie émotionnelle et de projection (Zanarini *et al.*, 2013).

Perry *et al.* (2014) ont comparé les défenses dans les personnalités limite, schizotype, antisociale et narcissique qui partageaient toutes un niveau élevé de défenses immatures. Les défenses prédisaient une part variable de la variance des traits de personnalité : elle était la plus élevée pour les personnalités limites et la plus faible pour les personnalités schizotypes, ce qui suggérait que les facteurs psychodynamiques avaient le rôle le plus important dans la personnalité limite et le plus faible dans la personnalité schizotype. Les personnalités limites étaient caractérisées principalement par le clivage des images de soi et des autres, la dissociation et le refoulement. Les personnalités antisociale et narcissique avaient en commun des défenses narcissiques élevées, comme l'omnipotence et la dévalorisation, mais se distinguaient par un niveau plus élevé de clivage des images de soi pour les personnalités narcissiques, et un niveau plus élevé de déni pour les personnalités antisociales.

7. Mécanismes de défense et thérapies

Les effets de la thérapie sur les mécanismes de défense ont été principalement étudiés dans la dépression.

7.1 Mécanismes de défense et thérapie de la dépression

Là encore, le principal instrument utilisé a été le DSQ, avec des résultats contradictoires.

La comparaison des résultats du DSQ au moment de l'admission en hospitalisation de sujets affectés d'une dépression majeure et au moment de leur sortie, environ une semaine plus tard, a montré une augmentation des défenses matures, une diminution des défenses immatures et une stabilité des défenses névrotiques (Kneepkens et Oakley, 1996).

Akkerman *et al.* (1992), utilisant une forme à 36 items du DSQ, ont mesuré les défenses avant le traitement de sujets ayant une dépression majeure et sept à neuf semaines après le début du traitement. L'amélioration symptomatique s'accompagnait d'une diminution des défenses immatures, alors que les défenses névrotiques et matures étaient inchangées.

Akkerman *et al.* (1999), utilisant le DSQ-40 pour évaluer des sujets souffrant de dépression majeure avant le traitement et six mois puis deux ans après le début du traitement, ont montré une amélioration des défenses matures et une stabilité des défenses névrotiques comme Kneepkens et Oakley. En revanche, les défenses immatures ne s'amélioraient qu'au bout de six mois.

Mullen *et al.* (1999) ont comparé les résultats du DSQ avant et à la fin d'un traitement par antidépresseur chez des sujets déprimés : les sujets ayant répondu favorablement au traitement, les sujets chez qui il avait été inefficace et ceux qui l'avaient interrompu ne se distinguaient pas au DSQ initial, sauf que les défenses par distorsion de l'image étaient plus élevées chez les sujets qui allaient l'interrompre. Les résultats du DSQ passé à la fin du traitement montraient une diminution significative des défenses immatures chez l'ensemble des sujets, les répondeurs au traitement utilisant moins de défenses immatures que les non-répondeurs. Les défenses névrotiques restaient inchangées comme dans l'étude de Kneepkens et Oakley, de même que les défenses matures, contrairement aux études de Kneepkens et Oakley et d'Akkerman *et al.* (1999).

Hoglund et Perry (1998), utilisant les DMRS (Defense Mechanism Rating Scales), ont trouvé que, chez les patients déprimés cherchant une

aide thérapeutique, des défenses adaptées comme l'anticipation et l'auto-observation prédisaient, six mois après le début du traitement, une meilleure amélioration des symptômes dépressifs, du fonctionnement global et des troubles de la personnalité, alors que des défenses immatures comme l'agression passive, le passage à l'acte, la demande d'aide et son rejet, le clivage de l'image de soi et des autres, l'identification projective, la projection et la dévalorisation, prédisaient une évolution plus défavorable, même après avoir contrôlé la sévérité initiale et la présence d'un trouble de la personnalité. Kronström *et al.* (2009) ont observé que les défenses matures au DSQ prédisaient une bonne réponse thérapeutique chez les sujets affectés de dépression majeure et traités par un antidépresseur, la fluoxétine. En revanche, cette association n'était pas retrouvée chez les sujets traités par une psychothérapie psychodynamique brève.

La diminution des défenses immatures notées dans les études thérapeutiques de la dépression en l'absence de traitement psychodynamique peut s'expliquer par plusieurs hypothèses. La première est que la dépression pourrait activer les défenses immatures, qui seraient plutôt un symptôme qu'une cause de la dépression. Les défenses immatures diminueraient avec l'ensemble de la symptomatologie dépressive sous l'effet du traitement. La deuxième hypothèse est que ce ne sont pas les défenses immatures qui diminuent, mais les représentations qui sont modifiées par le traitement. On sait, en effet, que la dépression s'accompagne d'une vision négative de soi et des autres qui s'améliore avec le traitement comme les autres symptômes. Ainsi, l'item « Je suis une personne très inhibée », censé explorer la dévaluation, ou l'item « On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments », censé explorer l'isolation, peuvent explorer l'inhibition dépressive, qui s'améliore avec le traitement. De même, les items « On me traite toujours injustement » et « Je suis persuadé que la vie est injuste pour moi », censés explorer la projection, peuvent explorer chez le déprimé la vision négative des autres et du monde, vision négative qui peut s'améliorer sous l'effet du traitement sans que les tendances à la projection soient modifiées. La constatation faite par Mullen *et al.* que les déprimés répondeurs au traitement utilisaient moins de défenses immatures que les non-répondeurs pourraient simplement refléter la moindre amélioration symptomatique des non-répondeurs.

7.2 Mécanismes de défense et thérapie des autres troubles psychiatriques

Les relations entre défense et alliance thérapeutique, l'évolution des défenses au cours de la thérapie, la valeur pronostique des défenses pour la réponse thérapeutique ont été explorées.

7.2.1 Défenses et alliance thérapeutique

Despland *et al.* (2001) ont étudié les relations entre défenses, interventions du thérapeute et alliance thérapeutique au cours d'une intervention psychodynamique brève de 4 séances (Brief Psychodynamic Investigation) focalisée sur les raisons de la consultation et les interactions entre patient et thérapeute. Les défenses ont été mesurées avec les DMRS à partir de la retranscription de chaque séance. L'évolution de l'alliance thérapeutique a montré trois profils : alliance haute et stable, alliance augmentant progressivement, alliance basse et stable. Comme dans l'étude de Hersoug *et al.* (2002), l'alliance s'est révélée indépendante des défenses : les scores moyens de l'indice global de fonctionnement défensif et des 7 niveaux défensifs ne différaient pas entre les trois profils. En revanche, le degré d'ajustement des interventions thérapeutiques au niveau du fonctionnement défensif du patient influençait l'alliance thérapeutique : une meilleure adaptation de la proportion d'interventions de soutien et d'interprétation au fonctionnement défensif était liée à une alliance haute ou en progression. Les alliances basses avaient reçu moins d'interprétations malgré un niveau de défense plus mature. Les auteurs suggèrent que plus le niveau défensif est immature, plus le thérapeute doit faire des interventions de soutien, et que plus le niveau défensif est mature, plus le thérapeute doit utiliser les interprétations. À l'inverse, dans l'étude de Hersoug *et al.* (2003), les patients ayant un fonctionnement défensif inadapté recevaient plus d'interprétations des défenses tôt dans la thérapie. Une proportion plus élevée d'interprétations était associée à une diminution des défenses inadaptées alors que les interventions de soutien n'influençaient pas l'évolution des défenses adaptées ou inadaptées (Hersoug *et al.*, 2005). Siefert *et al.* (2006) ont étudié les relations entre alliance et indice global de fonctionnement défensif au début d'une psychothérapie dynamique brève. Comme dans les trois études précédentes, l'alliance était indépendante de l'indice défensif global. Comme dans l'étude d'Hersoug *et al.* (2003), les patients ayant un fonctionnement défensif inadapté recevaient plus d'interventions psychodynamiques. Les résultats de Siefert *et al.* indiquent que les

interventions exploratoires (*e. g.* encourager à parler des rêves, des fantasmes, des souvenirs d'enfance), les interventions encourageant l'expression des émotions, les interprétations (*e. g.* mettre en relation les sentiments actuels au passé, attirer l'attention sur la répétition des problèmes relationnels au cours du temps) peuvent être utiles aux sujets ayant un fonctionnement défensif inadapté, en particulier ceux qui utilisent les défenses du niveau de l'agir (*e. g.* les patients ayant un trouble de la personnalité).

Hersoug *et al.* (2002) ont étudié le rôle des mécanismes de défense dans les psychothérapies psychodynamiques brèves (maximum 40 séances). Les sujets de l'étude avaient 36 ans en moyenne et 86 % étaient des femmes; 65 % avaient un trouble de la personnalité, et 67 % un trouble anxieux qui était le diagnostic le plus fréquent sur l'axe I du DSM-IV. Les mécanismes de défense ont été mesurés par un entretien, les DMRS et la version du DSQ à 48 items, qui ont servi au calcul de deux indices globaux de fonctionnement défensif. Contrairement à l'hypothèse formulée, la qualité de l'alliance thérapeutique était indépendante du fonctionnement défensif, les patients ayant des défenses plus adaptées ne développant pas une alliance thérapeutique meilleure que ceux ayant des défenses moins adaptées. L'indice global dérivé du DSQ ne se modifiait pas avec la thérapie. Les mesures répétées avant, pendant et après la thérapie ont montré une amélioration précoce des symptômes suivie plus tardivement (après la 16^e séance) d'une amélioration du fonctionnement défensif évalué par les DMRS. Les auteurs ne commentent pas le fait que l'amélioration symptomatique précède l'amélioration des défenses, résultat pourtant contraire aux prévisions de la théorie psychanalytique : les symptômes étant l'expression de la mise en jeu des mécanismes de défense, la théorie prévoit que la modification des défenses doit précéder la levée des symptômes qu'elle permet. Il est donc possible que l'amélioration symptomatique, précoce dans ces thérapies dynamiques brèves, soit liée à d'autres processus psychodynamiques. Une autre hypothèse est que les phénomènes que les auteurs mesurent comme étant des mécanismes de défense ne sont que des symptômes plus difficiles à mobiliser. Les résultats de la thérapie se sont révélés indépendants du fonctionnement défensif initial : un fonctionnement défensif plus adapté ne prédisait pas une meilleure amélioration des symptômes, du fonctionnement global, des problèmes interpersonnels, des capacités psychodynamiques.

Gerostathos *et al.* (2014) ont observé que les séances caractérisées par une haute alliance étaient associées à un niveau plus élevé d'interprétation des

défenses, en particulier des défenses névrotiques et principalement l'intellectualisation utilisée pour se défendre contre les émotions perturbantes.

Petraglia *et al.* (2015) ont exploré les relations entre l'alliance et le degré de « profondeur » des interprétations des défenses (une interprétation « profonde » incluant les origines historiques du processus défensif dans la vie du patient). Dans une séance, le degré moyen de profondeur de l'interprétation des défenses était associé à la qualité de l'alliance pendant la séance. Les thérapeutes interprétaient plus profondément les défenses dans les séances à basse alliance que dans les séances à haute alliance. Il n'était pas possible de déterminer la direction de ce lien : soit des interprétations plus profondes dégradaient l'alliance, soit les difficultés de l'alliance obligeaient le thérapeute à faire des interprétations plus profondes des défenses. Dans les séances à faible alliance, la profondeur des interprétations des défenses était associée à un usage plus élevé de défenses du niveau du désaveu (dénî, projection, rationalisation) mesuré par les DMRS. Là aussi, la direction du lien est incertaine, l'usage de défenses de désaveu pouvant pousser le thérapeute à des interprétations plus profondes, ou les interprétations profondes pouvant déstabiliser le patient et activer des défenses de désaveu pour refuser l'interprétation.

7.2.2 L'évolution des défenses au cours de la thérapie

Chez des sujets ayant des troubles de la personnalité suivant une psychothérapie, dont près de la moitié avaient une personnalité limite, Perry (2001) a noté que l'indice global de fonctionnement défensif dérivé des DMRS (Defense Mechanism Rating Scales) ne s'améliorait qu'après deux ans de thérapie.

Drapeau *et al.* (2003) ont évalué la stabilité des défenses au cours d'une intervention psychodynamique brève (Brief Psychodynamic Investigation) qui induisait, chez la plupart des patients, un effet prolongé de soulagement des symptômes. Les défenses ont été mesurées à partir des retranscriptions des 4 séances avec les DMRS. La plupart des défenses (niveau névrotique, niveau du désaveu, niveau limite, niveau de l'action) sont restées stables mais des modifications transitoires des défenses matures ont été observées. L'usage de la dévaluation et de l'idéalisation était diminué de presque la moitié entre la 1^{re} et la 4^e séance, ce que les auteurs interprètent comme un retour au niveau de base après une activation des défenses narcissiques

par l'engagement dans la thérapie. L'usage de l'intellectualisation était presque doublé, ce que les auteurs interprètent comme une étape vers l'auto-observation.

Bond et Perry (2004) ont mesuré par le DSQ l'évolution des défenses de sujets affectés de troubles anxieux ou dépressifs chroniques et/ou de troubles de la personnalité traités par psychothérapie psychodynamique. L'évolution sur une période de 3 à 5 ans a montré une amélioration des symptômes et des défenses, qui devenaient plus adaptatifs. La direction du lien de causalité entre le changement des défenses et le changement des symptômes ne pouvait toutefois être déterminée.

Deux études ont observé une amélioration des défenses avec une thérapie psychodynamique brève. Kramer *et al.* (2010), utilisant les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) pour évaluer l'effet d'une psychothérapie psychodynamique brève sur des troubles de l'adaptation au stress, ont constaté une modification de l'indice global de défense. Johansen *et al.* (2011) ont évalué, au cours d'un essai randomisé-contrôlé, les changements des mécanismes de défense chez 50 patients affectés de troubles de la personnalité du cluster C (personnalités « névrotiques »), traités par 40 séances hebdomadaires, soit de psychothérapie psychodynamique, soit de thérapie cognitive. Les enregistrements vidéoscopiques d'un entretien préalable et de la 36^e séance ont été évalués avec les DMRS. Les symptômes ont été mesurés par la Symptom Checklist-90-R. Les modifications de l'indice global de défense prédisaient l'évolution des symptômes jusqu'à 2 ans après le traitement. L'amélioration des symptômes et de l'indice global de défense obtenue avec la psychothérapie dynamique n'était pas significativement différente de celle observée avec la thérapie cognitive. Cette équivalence de l'effet des thérapies peut suggérer soit que les défenses sont un phénomène dépendant de l'état symptomatique (un symptôme plus qu'une cause du trouble), soit que les thérapies cognitives ont un effet semblable sur les mécanismes de défense à la psychothérapie dynamique en raison de la forte composante cognitive des mécanismes de défense. Une autre étude a retrouvé une amélioration des défenses avec une thérapie cognitive. Dans le trouble panique, Held *et al.* (2007) ont observé qu'une diminution des défenses immatures au DSQ, après une thérapie cognitive-comportementale de groupe, était associée à l'amélioration des symptômes. Les auteurs interprètent ce résultat comme

compatible avec l'hypothèse que les styles défensifs sont au moins partiellement dépendants de l'état des symptômes.

Perry et Bond (2012) ont rapporté une étude naturaliste de 21 patients ayant une dépression sévère et/ou des troubles de la personnalité traités par psychothérapie psychodynamique pendant une durée moyenne de 5 ans. L'évolution des défenses a été mesurée par les DMRS à partir des retranscriptions de 8 séances psychothérapeutiques en moyenne, pendant les premières 2,5 années du traitement. Entre la mesure initiale et celle à 2,5 ans, les seuls changements statistiquement significatifs étaient une diminution des défenses par l'action et une augmentation des défenses matures, les défenses névrotiques et les autres défenses immatures n'évoluant pas significativement. L'amélioration des défenses était associée à une amélioration significative des symptômes et du fonctionnement dans la vie mesurés 5 ans après le début de la thérapie. Les auteurs remarquent que les relations de causalité restent incertaines, l'amélioration des défenses pouvant expliquer celle des symptômes, ou, inversement, celle des symptômes pouvant expliquer l'amélioration des défenses, ou, encore, une troisième variable pouvant expliquer l'amélioration des défenses et des symptômes. Ils ne commentent pas l'absence d'amélioration des défenses névrotiques, des défenses du niveau de distorsion mineure de l'image, du niveau du désaveu et du niveau de distorsion majeure de l'image, qui semble décevante pour une psychothérapie psychodynamique au long cours.

Les résultats de ces études sont difficiles à interpréter. Ces résultats peuvent suggérer que le style de défense n'est pas stable et peut être modifié, même par des traitements qui n'agissent pas directement sur les mécanismes de défense comme les antidépresseurs ou les thérapies comportementales. Les études réalisées avec le DSQ dans les dépressions peuvent suggérer que les modifications du DSQ reflètent une amélioration symptomatique plus qu'une modification des défenses. Cette hypothèse paraît renforcée par les études réalisées avec les DMRS qui montrent que la modification des défenses est tardive, alors que certaines études ont observé dans les dépressions une amélioration précoce des défenses contemporaine de l'amélioration symptomatique.

7.2.3 Les défenses prédisent-elles la réponse thérapeutique?

La capacité de l'évaluation des défenses à prédire l'évolution thérapeutique est également incertaine. Trois études réalisées avec le DSQ ont suggéré que le style de défense peut permettre de prévoir une rupture prématurée du traitement pharmacologique d'une dépression ou une moindre efficacité thérapeutique dans le traitement pharmacologique des dépressions et comportemental des phobies. Toutefois, ces résultats peuvent être interprétés comme liés à la symptomatologie dépressive : les ruptures ou la moindre efficacité du traitement antidépresseur peuvent être dues à une plus grande intensité de la symptomatologie dépressive prenant l'apparence d'une augmentation des défenses immatures au DSQ ; la moindre efficacité des thérapies comportementales des phobies peut être liée à une symptomatologie dépressive associée prenant le masque d'une plus grande intensité des défenses immatures au DSQ. L'étude de Hersoug *et al.* (2002), utilisant l'évaluation plus convaincante des défenses par les DMRS, n'a pas retrouvé de valeur pronostique au fonctionnement défensif.

Quelques études ont au contraire prouvé que les défenses prédisaient la réponse thérapeutique. L'étude d'Hoglund et Perry a mis en évidence que des défenses plus adaptées, évaluées par les DMRS, prédisaient une évolution thérapeutique plus favorable dans les dépressions. Arntz *et al.* (2015) ont trouvé que l'arrêt de la psychothérapie était prédit par une hostilité élevée et un abus physique dans l'enfance. Un niveau élevé de dissociation en début de thérapie réduisait son efficacité. La dissociation au cours des séances était un médiateur de l'effet du niveau de base de dissociation et compromettait l'efficacité de la psychothérapie.

8. Les implications cliniques

Si l'on dispose de moyens de mesure des mécanismes de défense suffisamment fidèles pour les études de recherche rassemblant un nombre important de participants, le degré de fidélité n'apparaît pas satisfaisant pour un usage clinique. Alors que les études déjà réalisées suggèrent en général l'intérêt de la mesure des mécanismes de défense, le clinicien se trouve dépourvu de moyens satisfaisants. Les échelles cliniques, comme

celle du DSM-IV, qui constituent des guides pour l'analyse des entretiens cliniques, paraissent le moyen le moins insatisfaisant d'apprécier le fonctionnement défensif d'un sujet.

Le diagnostic nosographique nécessite d'être complété par une évaluation du fonctionnement de la personnalité où l'évaluation des mécanismes de défense a une place importante. La démarche clinique d'évaluation des mécanismes de défense a rarement été explicitée. Kernberg (1984, 1989) a donné des indications pour la démarche d'un diagnostic structural visant à intégrer l'évaluation du fonctionnement de la personnalité à la démarche diagnostique. Le diagnostic structural a pour but de distinguer trois types d'organisation, névrotique, limite et psychotique par l'examen :

- du degré de l'intégration de l'identité ;
- des types de mécanismes de défense habituellement utilisés ;
- de l'épreuve de réalité.

La structure névrotique se caractérise par une identité intégrée, contrairement aux organisations limites et psychotiques. Alors que l'organisation défensive de la structure névrotique de la personnalité est centrée sur le refoulement complété par d'autres opérations défensives de haut niveau, celle des structures limite et psychotique est dominée par les mécanismes de défense primitifs axés sur le clivage. L'épreuve de réalité est préservée dans les organisations névrotiques et limites, alors qu'elle est sérieusement perturbée dans les organisations psychotiques (Kernberg, 1984). Ce diagnostic structurel se base sur l'entretien structurel : cet entretien « combine l'examen traditionnel de l'état mental, l'entretien d'inspiration psychanalytique portant essentiellement sur l'interaction patient-thérapeute, et sur la clarification, la confrontation et l'interprétation des conflits d'identité, des mécanismes de défense et de la distorsion de la réalité que le patient laisse voir dans cette interaction, surtout quand ils expriment des éléments identifiables du transfert » (*ibid.*, p. 22). Cette démarche ne semble pas avoir fait l'objet d'une étude de fidélité.

9. Les interventions thérapeutiques sur les défenses

C'est bien sûr la psychanalyse qui a mis l'accent sur l'intérêt d'un travail thérapeutique centré sur les mécanismes de défense. Toutefois, il existe un

conflit toujours actuel, au sein du mouvement psychanalytique, au sujet de l'importance à accorder au travail sur les défenses.

Dans les psychothérapies analytiques et en cure psychanalytique, l'analyse du moi désigne en particulier le travail analytique concernant les mécanismes de défense : « Le moi est lui-même objet de l'analyse dans la mesure où l'activité défensive qu'il exerce sans cesse se poursuit inconsciemment et ne devient qu'à grand-peine consciente » (A. Freud, 1936, p. 30). Anna Freud affirmait la complémentarité de l'analyse du ça et de l'analyse du moi :

« [...] nous savons qu'en étudiant les associations libres, les pensées latentes du rêve, la traduction des symboles et les contenus de transfert soit fantasmatique, soit agi, nous progressons dans l'étude du ça, mais de façon unilatérale. C'est de la même façon unilatérale que l'étude des résistances, du travail de censure des rêves, des divers modes de défense contre les pulsions et des fantasmes nous aide à connaître les activités ignorées du moi et du surmoi. S'il est exact que seul un mélange en égales proportions des deux sortes de recherches nous permette d'obtenir une image intégrale de l'état intérieur de l'analysé, il faut bien admettre aussi que toute prédilection accordée à l'un des procédés analytiques, au détriment de tous les autres, ne donne qu'une image déformée, altérée ou tout au moins incomplète, de la personnalité psychique » (p. 26.)

« C'est justement cette oscillation de l'observation entre le ça et le moi [...] qui constitue [...] ce que nous appelons psychanalyse » (p. 17). Malgré ce point de vue, certains continuent de dévaloriser l'analyse du moi et de considérer la psychologie psychanalytique du moi comme une dégénérescence de la psychanalyse. Pour Fenichel (1945), « l'étude du moi et des mécanismes de défense a grandement contribué à la systématisation et à l'efficacité de la thérapeutique analytique » (p. 687).

Cette analyse des mécanismes de défense peut s'opérer par un travail progressif permettant au sujet de prendre conscience d'un processus défensif et de reconnaître en lui le fonctionnement automatique d'une organisation défensive, son rôle et ses effets. L'analyse des mécanismes de défense revêt une place majeure et parfois centrale dans la psychanalyse et les psychothérapies analytiques des sujets ayant une organisation névrotique, limite ou psychotique de la personnalité. On manque cependant

de textes suffisamment explicites sur les procédures thérapeutiques. On manque aussi d'études d'évaluation de l'efficacité de ce type d'intervention.

Dans les organisations névrotiques, « l'analyse lève les défenses, contraint les pulsions et les affects interdits à redevenir conscients et abandonne ensuite au moi et au surmoi le soin d'établir avec eux une entente à bases plus solides » (A. Freud, 1936, p. 60).

Les mécanismes de défense du patient s'expriment typiquement dans la thérapie sous la forme d'une résistance à une communication libre ou à une auto-observation ouverte (Caligor *et al.*, 2007). Le patient résiste à la prise de conscience d'aspects de l'expérience de soi conflictuels par le recours au refoulement, au clivage, au déni face aux conflits psychiques. Ces défenses ont en commun d'éviter les effets négatifs de l'anxiété, de la culpabilité, de la peur, de la dépression, de la déception, de la perte, et de la honte liés à l'activation des conflits psychologiques.

De Roten *et al.* décrivent deux types d'interprétation des défenses :

- Dans l'interprétation non spécifique, le thérapeute suggère une attitude défensive sans préciser quelle défense est utilisée (« Il semble que vous ne vouliez vraiment pas parler de votre mère »).
- Dans l'interprétation spécifique d'une défense, le thérapeute désigne un moyen défensif : « Par exemple, le thérapeute peut aborder l'usage de la rationalisation par le patient en disant “chaque fois que vous dites que votre mère vous néglige, il vous vient toujours une explication à sa conduite” ; l'intellectualisation est abordée en disant, par exemple, “vous utilisez des mots pour vous défendre contre les émotions” » (Gerostathos *et al.*, 2014).

Pour Kernberg *et al.*, l'analyse des résistances et des défenses consiste en l'identification, l'exploration et enfin l'interprétation de l'anxiété et des défenses activées dans le traitement. Elles commencent en surface par une clarification du ressenti du patient, suivie par la remarque que quelque chose apparaît manquer ou être dénié dans les communications verbales du patient (confrontation) et par l'exploration des motivations et des significations de cette omission (Caligor *et al.*, 2007) :

« Essentiellement nous demandons au patient : “Si vous deviez parler ouvertement et librement ici de cet aspect de votre expérience intérieure que vous

semblez éviter ou oublier, que craignez-vous qu'il puisse arriver?" [...] Lors de l'exploration des résistances, l'anxiété que le patient éprouve – ou, plus précisément, l'anxiété que le patient tente automatiquement d'éviter d'éprouver – sera typiquement exprimée dans le transfert. Par exemple, le patient qui évite de parler de la relation sexuelle avec sa femme peut craindre que le thérapeute n'approuve pas sa vie sexuelle, ou veuille y faire intrusion, ou prenne un plaisir lubrique à entendre les autres parler de leur vie sexuelle» (p. 139).

Ainsi, l'analyse des résistances peut rapidement introduire les anxiétés et les défenses du patient dans le transfert.

Caligor *et al.* conseillent en général d'explorer et d'analyser le clivage et le déni, plus proches de la conscience, avant d'aborder les défenses fondées sur le refoulement. Une démarche semblable s'applique aux défenses de caractère qui sont des traits de personnalité qui s'expriment rapidement dans le traitement sous l'aspect de résistances de caractère. Elles se manifestent par des attitudes caractéristiques ou par un ensemble de comportements qui s'exprimeront dans la relation au thérapeute pour écarter l'anxiété. Les défenses de caractère étant ego-syntoniques, «typiquement, il faudra des efforts répétés du thérapeute pour attirer l'attention du patient sur son comportement ou son attitude afin qu'il commence à sentir que la signification de son comportement mérite d'être considérée» (p. 142). Ils donnent l'exemple d'un patient parlant toujours à voix basse, peu audible, par peur de paraître agressif au thérapeute.

«L'approche générale pour travailler avec les résistances de caractère est d'abord de les porter à l'attention du patient, de souligner la nature irréaliste ou inattendue de l'attitude ou du comportement du patient. Ce processus, qui peut prendre du temps et nécessiter des confrontations répétées de la part du thérapeute, rendra les défenses de caractère plus visibles, ou moins ego-syntoniques, pour le patient. Une fois que le patient est devenu conscient et curieux de son comportement, l'étape suivante est d'explorer l'anxiété motivant la défense de caractère. À ce point, l'approche des résistances de caractère et la résistance à l'association libre convergent, comme l'attention est attirée sur les peurs motivant le comportement défensif du patient» (Caligor *et al.*, 2007, p. 143).

L'analyse des résistances de caractère introduit aussi les anxiétés et les défenses du patient dans le transfert.

L'interprétation du transfert, qui est le « principal instrument de la psychanalyse » (Fenichel, 1945, p. 689), laisse une place importante à l'analyse des défenses. Anna Freud (1936) a distingué trois manifestations du transfert : le transfert d'émois libidinaux ; le transfert de défense ; « l'agir » dans le transfert où le sujet exprime dans des actes « aussi bien les éléments instinctuels que les éléments défensifs du transfert » (p. 24). Le transfert de défense est la manifestation dans le transfert « d'anciennes mesures de défense contre les pulsions » : « Le patient transfère également les pulsions de son ça avec toutes les déformations qui se sont marquées dans l'enfance. Il peut arriver [...] que ce ne soit pas l'émoi instinctuel lui-même qui apparaisse dans le transfert, mais seulement une défense déterminée contre certaines attitudes soit positives, soit négatives de la libido » (p. 21). Le moi développe également des défenses actuelles contre le transfert participant aux « résistances ».

Pour Kernberg, la psychothérapie analytique des sujets ayant une organisation limite de la personnalité est centrée sur l'interprétation systématique et précoce des défenses primitives axées par le clivage qui est indispensable à l'amélioration du fonctionnement du moi et à la résolution des transferts primitifs liés à l'activation prématurée des relations d'objet clivées : « Les constellations défensives typiques doivent être interprétées dès qu'elles font leur apparition dans le transfert, car leur interprétation renforce le moi du patient et provoque un changement structural intrapsychique qui contribue à la résolution de l'organisation borderline de la personnalité » (Kernberg, 1984, p. 154). Pour réduire le clivage, Kernberg propose trois niveaux successifs d'intervention :

- la clarification, définie comme l'exploration des informations vagues, imprécises, déconcertantes ou contradictoires ;
- la confrontation, qui rassemble et réorganise les informations contradictoires pour mettre le patient en présence des éléments d'information suggérant des représentations contradictoires de soi et d'objet ;
- l'interprétation, qui propose l'hypothèse de motivations et de défenses inconscientes rendant compréhensible ce qui était contradictoire.

Dans les organisations psychotiques, les psychothérapies analytiques peuvent être encore indiquées avec des techniques adaptées. L'interprétation dans le transfert des opérations défensives primitives risque de provoquer une régression et une détérioration du fonctionnement, en général à court terme, mais, à long terme, la psychothérapie analytique intensive peut

permettre une meilleure distinction du soi et du non-soi, et un renforcement des frontières du moi (Kernberg, 1975).

Peu d'auteurs ont élaboré des directives thérapeutiques adaptées à une organisation défensive spécifique. Ihilevich et Gleser, dans le Manuel Clinique du Defense Mechanisms Inventory (1991), présentent 7 profils défensifs et les suggestions thérapeutiques qui leur sont spécifiques. Ils prennent comme exemple la dépression, qui peut correspondre à des profils défensifs différents, chacun nécessitant une approche particulière.

Olson *et al.* (2011) ont fait une revue des écrits sur l'interprétation des défenses. Ils soulignent le contraste entre la relative rareté des écrits et l'importance du travail d'interprétation des défenses. Ils citent une de leurs études montrant que les interprétations des défenses sont beaucoup plus fréquentes que les interprétations du transfert : les interprétations des défenses représentaient 15 % en moyenne des interventions du thérapeute contre 1 % pour les interprétations du transfert.

Olson *et al.* ont retrouvé 15 publications donnant une place très importante aux mécanismes de défense dans la discussion des psychothérapies. Ils omettent cependant les ouvrages de Kernberg et de ses collaborateurs qui accordent une place majeure à l'interprétation des mécanismes de défense dans la psychothérapie des personnalités névrotiques et limites, en donnant de nombreux exemples d'interventions rapportées mot à mot (Caligor *et al.*, 2007 ; Kernberg *et al.*, 1989). Les auteurs les plus cités par Olson *et al.* sont Fenichel, Freud, Greenson, Rangell, Reid, Reich et Wolberg. Les recommandations consensuelles sont : commencer par travailler sur les défenses qui bloquent le processus thérapeutique ; la première étape est d'attirer l'attention du patient sur la manifestation d'une défense ; la deuxième est de pointer l'affect sous-jacent ; pour produire des changements durables, l'interprétation de la défense doit être répétée à l'occasion de l'apparition de matériel similaire.

Quatre principaux points de divergence sont mis en évidence : « interpréter d'abord les défenses les moins fixées » versus « interpréter d'abord les défenses de caractère » ; « l'interprétation des défenses ne doit pas s'adresser aux relations en dehors de la relation thérapeutique » versus « l'interprétation des défenses peut s'adresser aux relations en dehors de la relation thérapeutique » ; « la défense doit être interprétée avant le motif de la

défense» versus «le motif doit être interprété avant la défense», «l'ordre n'a pas d'importance» versus «l'ordre doit être flexible».

Olson *et al.* ont élaboré des protocoles de recherche pour évaluer ces hypothèses, incluant des observations naturalistes, des essais randomisés-contrôlés et des études expérimentales de laboratoire.

Bhatia *et al.* (2017) ont réalisé une enquête en ligne sur la façon dont les psychothérapeutes psychodynamiques, de diverses obédiences et pratiques, abordaient les défenses de leurs patients. Les 110 thérapeutes se répartissaient en 44 praticiens des thérapies psychodynamiques courtes et 49 praticiens des psychothérapies psychanalytiques et 21 psychanalystes. Tous les thérapeutes s'accordaient sur l'importance des défenses sur les plans théorique et clinique : parmi 19 questions, seules 4 différences significatives sont apparues. Les praticiens des thérapies courtes considéraient comme plus important d'identifier précisément et d'aborder les défenses utilisées par le patient pendant la séance (*e. g.*, interpréter la défense « isolation » quand le patient la manifeste) en comparaison aux praticiens des psychothérapies psychanalytiques. Les praticiens des thérapies courtes considéraient comme moins important d'utiliser des interprétations de plus en plus profondes en cours de thérapie (la règle de progresser « de la surface vers la profondeur »). Ils estimaient plus court le temps nécessaire pour promouvoir un fonctionnement défensif plus adapté. Les praticiens des thérapies courtes considéraient moins important de développer les défenses matures du patient. Ces différences reflètent la technique active des thérapies courtes, « attaquant » le système défensif du patient, ce qui active précocement les manifestations transférentielles qui sont systématiquement abordées dès leur apparition. Pour la plupart des points, techniques, l'accord était général : par exemple, sur l'importance d'ajuster la technique au degré de maturité des défenses du patient, d'interpréter les défenses utilisées par les patients en dehors de la thérapie, ou d'éviter d'utiliser un langage technique dans l'interprétation des défenses du patient.

Partie 2

Le coping

Chapitre 5

Historique et définitions de la notion de coping



Sommaire

1. Histoire	181
2. Définitions.....	181

1. Histoire

Comme nous l'avons évoqué au début de cet ouvrage, la notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie. Le coping est issu de l'étude des mécanismes de défense, mais, dès le départ, il a cherché à mieux incorporer des processus psychologiques compliqués, impliqués dans les réactions à la fois comportementales et cognitives de la personne.

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défense « adaptés » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais, au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping » (Parker et Endler, 1996).

Le terme « coping » est apparu pour la première fois dans les *abstracts* de psychologie en 1967 et, depuis, plusieurs catégories se sont ajoutées (styles de coping, ressources de coping, évaluation du coping, etc.). Nous souhaitons ajouter que le mot « coping » est celui employé en anglais ; aucune équivalence n'a jamais pu prendre racine dans la langue française. Ces dernières années, la recherche sur la notion de coping s'est donc fortement développée. Il est, somme toute, difficile de l'étudier isolément, car, comme nous le verrons, le coping est influencé par divers facteurs.

2. Définitions

Le coping peut être appréhendé de deux façons : par sa conceptualisation, mais aussi par des définitions classiques de base concernant le comportement et la cognition. S'ajoutent aussi les tendances modernes à définir le coping en tant que modèle intégrant plusieurs concepts psychologiques afin de comprendre les nuances du coping et les processus qu'il implique. Nous allons examiner dès à présent chacun de ces aspects.

2.1 Conceptualisation du coping

La conceptualisation du coping, au début, a emprunté les notions d'« approche » et d'« évitement » du domaine du comportementalisme afin de donner un sens à la catégorisation des stratégies. Cette distinction trouvait son origine dans les théories de Freud sur les mécanismes de défense (Roth et Cohen, 1986). Ces auteurs ont remarqué que les structures de base de la personnalité avaient une influence remarquable sur ces deux notions, et que les situations traumatiques pouvaient aussi engendrer une préférence pour le choix de l'un de ces types de stratégies.

Ces distinctions ont donné lieu à la conceptualisation la plus souvent évoquée actuellement : la disposition et le contexte. Elles ont été influencées par la tradition psychanalytique, ainsi que par la psychologie de la personnalité. Elles se fondent sur la notion d'un processus dynamique qui se modifie en fonction des demandes changeantes. Dans ces approches, le coping est évalué plutôt par les traits individuels (Bond *et al.*, 1983). Nous considérerons plus loin le coping en fonction de la personnalité.

Dans des approches de type « disposition », le coping est influencé en particulier par un éventail de facteurs individuels faisant partie de la personnalité. Dans celles de type « contexte », les facteurs liés à la situation ont une répercussion plus importante sur le coping. La mesure de ce type de coping s'effectue à partir de l'évaluation des pensées et des comportements des individus qui se trouvent dans des situations stressantes particulières (Stone *et al.*, 1991). Ce type de conceptualisation et d'évaluation donne lieu à des modèles impliqués dans les situations spécifiques que nous analyserons ultérieurement.

Au lieu de chercher à préciser et à dissocier les concepts, Krohne (1993) avance que la conceptualisation du coping peut être résumée par l'identification des actes qui renvoient à des stratégies générales, comme par exemple demander du soutien social. Ces stratégies peuvent être de nouveau regroupées en « superstratégies » – nous y reviendrons en analysant deux de ces « superstratégies » proposées par Krohne : la vigilance et l'évitement.

Une autre conceptualisation (Brandtstätter, 1992) discerne le coping « assimilatif » et le coping « accommodant », évoquant par là même la théorie de Piaget. Le premier implique l'adaptation de l'environnement à soi-même,

alors que le second sous-tend l'adaptation de la personne à l'environnement. Ces deux moyens peuvent apparaître dans un ordre, l'un après l'autre : par exemple, une personne pourrait essayer de changer les demandes de son environnement, puis de se changer ou de recadrer son point de vue subjectif de la situation.

Ces notions influencent encore la recherche en coping, en particulier dans l'élaboration des modèles du coping. Mais on peut également conceptualiser le coping en tant que processus (Moos et Schaefer, 1993). De toute façon, il s'avère difficile de le comprendre isolément. Avant d'aborder les définitions précises du coping, nous envisagerons brièvement deux concepts voisins de la notion de coping : le stress et la contrôlabilité.

2.2 Le stress

Nous avons tous eu l'expérience du stress dans la vie. Le stress est le plus souvent compris comme un événement extérieur qui met une pression atypique sur la personne. Cet événement est souvent appelé un « stressor ». Il existe plusieurs moyens pour conceptualiser le stress, mais nous nous limiterons aux définitions « transactionnelles » qui le résument le mieux dans sa globalité.

Auteurs du modèle « stress et coping », Lazarus et Folkman (1984) sont cités le plus souvent. Ils ont décrit le stress comme un processus comprenant les stressors et les tensions individuelles en ajoutant une dimension importante : le rapport entre la personne et l'environnement. Ce processus implique des interactions continues et des adaptations – c'est-à-dire les transactions – entre la personne et l'environnement, les deux interagissant. Le stress est défini comme la condition qui émerge quand les transactions personne-environnement amènent l'individu à percevoir une contradiction – réelle ou imaginée – entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources des systèmes biologiques, psychologiques ou sociaux de la personne, d'autre part.

Le stress sollicite les ressources biologiques (physiques), psychologiques et sociales de la personne pour faire face aux stressors, or ces ressources sont limitées. Cette demande peut s'orienter principalement vers le système biologique, par exemple lorsque nous devons utiliser notre corps pour

répondre au stressor (fuir un bâtiment après une catastrophe naturelle). Ou bien, cette demande mobilise les trois systèmes de manière variable.

Quand il y a une divergence entre les exigences de la situation et les ressources de la personne, une contradiction surgit. Cette dernière prend souvent la forme d'un dépassement de ressources. Mais le contraire peut aussi se produire. Lorsque nos ressources sont sous-utilisées, cela peut aussi s'avérer stressant.

Alors qu'il serait facile d'imaginer le cas d'un individu stressé par une demande excessive de ses ressources, le contraire est parfois moins facilement envisageable. Un exemple courant est la situation de l'emploi en France ; le chômage, c'est-à-dire la non-activité, est lié à un niveau élevé de stress. Pareillement, le « sous-emploi » des gens qualifiés dans des emplois qui ne profitent pas de leurs formations et de leurs compétences est également difficile à vivre.

Cette contradiction peut être objectivement réelle ou non réelle. Il suffit d'y croire pour qu'elle existe. Le stress est alors ce que ressent l'individu : c'est ce que l'on a coutume d'appeler le « stress perçu ». La perception du stress joue un rôle important dans la relation clinique. Les patients qui ont une estimation excessivement haute ou basse de leurs expériences stressantes démontrent chacun des éléments de non-adaptation à la situation.

De même, Aldwin (1994) décrit le stress comme une qualité d'expérience, produite par une transaction personne-environnement, et qui, par le biais d'une activation d'éveil excessive ou insuffisante, se traduit en une détresse soit psychologique, soit physiologique, soit les deux.

Dans nos échanges avec l'environnement, nous évaluons en parallèle les exigences, les ressources et les contradictions. Ces transactions sont influencées par beaucoup de facteurs, y compris nos expériences précédentes et certains aspects de la situation actuelle. Le plus souvent, nous élaborons des stratégies pour évacuer notre détresse, ce qui nous ramène à la notion de coping. Selon Holahan et Moos (1994), le coping serait essentiel à la résistance au stress parmi ses autres fonctions.

Pendant les années 1980, la recherche sur le stress s'est orientée vers la notion de la « résistance au stress ». Alors qu'elle avait jusqu'ici conçu le

stress comme un précurseur de la pathologie, cette nouvelle orientation a mis l'accent sur la capacité de rester en bonne santé, mentale et physiologique, malgré le stress (Kessler *et al.*, 1985). Certaines caractéristiques ont été identifiées comme nécessaires pour cette résistance : le soutien social, les qualités adaptatives de la personnalité et des stratégies de coping efficaces (Holahan et Moos, 1991).

La recherche actuelle prend en compte la complexité de la relation entre stress et coping et, comme Holahan *et al.* (2005) l'ont récemment souligné, notre compréhension de cette relation s'affine avec les années.

Dans la conceptualisation classique, la condition de stress implique généralement un processus d'évaluation cognitive défini par Lazarus et Folkman (1984). Il s'agit d'un processus psychologique par lequel deux facteurs sont évalués :

- La demande de l'environnement menace-t-elle explicitement l'adaptation de la personne ?
- Les ressources disponibles sont-elles suffisantes pour répondre à la demande ?

Ces facteurs fondent la distinction entre deux types d'évaluation : primaire et secondaire. Les événements stressants font alors l'objet d'une évaluation supplémentaire quant à leurs implications :

- Gain/perte : fait référence à la somme de dégâts qui sont déjà arrivés ou à la souffrance générée par le stress.
- Menace : l'attente d'un mal futur (les évaluations cognitives du stress paraissent dépendre fortement des facteurs gain/perte et menace).
- Défi : l'occasion de tirer un profit, un surcroît de maîtrise, en mettant à l'épreuve ses ressources exceptionnelles pour satisfaire une demande (Lazarus et Folkman, 1984).

Le type de situation stressante a très tôt attiré l'attention des chercheurs. Pendant les années soixante-dix, ils se sont exclusivement centrés sur les situations extrêmes, présentant une menace à la survie et/ou un trauma important (Parker et Endler, 1996). Du coup, la notion de coping a été définie par rapport à des événements de vie majeurs, et on a porté un intérêt excessif aux variables situationnelles dans le coping aux dépens des variables individuelles. Dans une situation extrême, les possibilités de réponses sont très limitées, aussi l'étude de ces situations risque-t-elle de ne pas apporter

nécessairement un aperçu précis du fonctionnement de la personne. De plus, cette orientation assez restrictive a donné l'impression que les réponses de coping étaient, en général, dictées par la situation (Folkman et Lazarus, 1980).

Heureusement, à la fin des années 1980 et au cours des années 1990, les facteurs individuels impliqués par le coping ont été de plus en plus étudiés. Pourtant, pour beaucoup de chercheurs – dont Lazarus, Folkman, Carpenter –, les variables provenant de la personne ont un moindre rôle dans la compréhension du coping (Parker et Endler, 1996).

La différence entre les approches (personne *versus* situation) est connue : d'un côté, une approche « intra-individuelle » (personne), de l'autre, une approche « interindividuelle » (situation). L'approche intra-individuelle cherche à définir les stratégies typiques utilisées par un individu selon des situations précises (extrêmes ou non). L'approche interindividuelle s'intéresse, en revanche, aux stratégies employées par des groupes d'individus confrontés à des situations spécifiques (par exemple, la maladie). Selon Cox et Ferguson (1991), cette approche suppose un répertoire de réponses de coping disponibles pour l'individu et mises en place en fonction de la situation.

Une autre notion liée à l'étude du coping et proche de celle de stress est « la contrôlabilité ». Ce concept se réfère aux variables externes à la personne, le plus souvent liées à la situation.

2.3 La contrôlabilité

La contrôlabilité d'un événement a un effet sur le stress perçu. La croyance que la situation est contrôlable donnera la possibilité à la personne de modifier ou d'éloigner son stress par la stratégie de coping qu'elle choisira. En général, ce sont les situations incontrôlables qui sont perçues comme les plus stressantes, car on ne peut pas avoir de prise sur le résultat (un tremblement de terre, par exemple). La contrôlabilité est connue pour avoir un effet important sur le comportement de l'individu, en particulier le coping (Skinner, 1995).

La perception de contrôle est souvent stable. Selon McCrae (1984), les normes sociales influencent largement la perception de la contrôlabilité d'un

événement donné, et cette perception est le plus souvent comparable pour une population donnée. Par conséquent, on peut donc penser que certains événements seraient « contrôlables » (le stress provenant des études), alors que d'autres seraient universellement perçus comme « incontrôlables » (catastrophes naturelles). Cependant il faut noter qu'une mauvaise perception du contrôle peut donner lieu à des problèmes émotionnels et comportementaux (Skinner, 1995 ; Scott et Weems, 2010) ; par exemple une étude a démontré que la sensation que l'on ne contrôle pas la situation donnerait lieu aux symptômes d'anxiété (Chorpita et Barlow, 1998).

Pourtant, les méthodes de prise en charge modernes en thérapies comportementales et cognitives, notamment « la pleine conscience » (*mindfulness* en anglais) nécessitent l'acceptation, *a minima*, de ne pas pouvoir contrôler les événements (Hanson et Mendius, 2013). Cette acceptation du non-contrôle désigne un fonctionnement adapté, voire optimal, au niveau psychologique.

Deux types de contrôle sont à distinguer : comportemental et cognitif. Le contrôle comportemental implique la possibilité d'exercer un contrôle sur la situation en effectuant quelque chose de concret (si la personne souffre d'une maladie, elle peut prendre un médicament pour se soigner). Le contrôle cognitif permet d'avoir un effet sur l'impact d'un événement par le biais d'une stratégie mentale (se distraire mentalement lorsqu'on se trouve dans une situation stressante). Nous verrons dans les définitions de base du coping que ces deux types de contrôle interviennent dans plusieurs stratégies de coping. De même, la capacité à reconnaître son impuissance dans certains cas fait partie d'un coping adapté dans l'esprit de la pleine conscience.

2.4 Définitions classiques du comportement « coping »

La première génération des chercheurs en coping s'est intéressée à un nombre de processus qui ont eu un impact durable sur la notion et l'étude du coping. Ces processus et définitions font toujours partie de la notion de coping (Parker et Endler, 1996). Bien qu'une gamme large et étendue de réponses de type coping soit disponible pour un individu face à une situation difficile, ces chercheurs se sont concentrés sur un nombre limité de réponses (Lazarus *et al.*, 1974). Il faut souligner également que le coping

n'est pas un comportement unidimensionnel. Le coping trouve sa fonctionnalité à plusieurs niveaux par le biais d'une multitude de comportements, cognitions et perceptions (Pearlin et Schooler, 1978).

La définition du coping devient compliquée dès lors que l'on considère la grande diversité des réponses possibles. Au fil des années, la recherche en coping s'est attachée à l'identification, puis au recensement des comportements distincts dans des catégories regroupant un même type de comportement. On remarque rapidement que le coping peut être compris non seulement par sa fonction de « faire face » à un problème par le biais des stratégies appliquées, par l'influence de l'entourage et la situation, mais aussi par sa fonction interne pour la personne. Nous allons d'abord examiner cette dernière.

Deux grands types ont été très tôt identifiés :

- le coping centré sur le problème ;
- et le coping centré sur l'émotion.

Ils sont toujours d'actualité et sont parfois sources de controverses quant à leurs qualités. En général, le coping centré sur l'émotion regroupe des stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'événement stressant. Le coping centré sur le problème implique, en revanche, des stratégies orientées vers le « management » de l'événement.

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping centré sur le problème serait orienté vers l'action, dans le but de changer la relation entre la personne et sa situation par le biais des actions qui auraient ou non du succès ; dans ce cas, c'est le fait d'avoir tenté de faire quelque chose qui compte. La recherche d'une solution au problème est le plus souvent citée comme un exemple d'une stratégie pour ce type de coping. Le coping centré sur l'émotion comprend, quant à lui, des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers ladite situation – on parle souvent du « recadrage » en thérapie comportementale et cognitive, mais ce n'est pas le seul type de changement émotionnel possible. La décharge émotionnelle serait un exemple du coping centré sur l'émotion, le plus souvent mal comprise ou bien dévaluée. On pourrait aussi imaginer un individu qui manifeste une attitude émotionnelle appropriée selon la situation, comme par exemple un individu qui est, normalement, vivace et optimiste, et se trouve déprimé devant le décès d'un proche. Alors que

son attitude serait moins positive dans ce cas, c'est une attitude tout à fait appropriée à la situation.

Ces deux dimensions servent à réduire l'anxiété ressentie par la personne. Paulhan et Bourgois (1995) supposent que ces deux dimensions sont utilisées dans des proportions variées selon l'individu. Le choix de tel ou tel mode serait fondé sur un ensemble de données éphémères difficiles à cerner : les préférences de la personne, sa personnalité, la situation précise, les autres personnes intervenant dans la situation, etc.

Il faut souligner également qu'il faut éviter d'attribuer des valences positives ou négatives au choix de l'approche de l'individu. Par exemple, la recherche d'une solution à un problème est souvent positivement estimée alors que la décharge émotionnelle est moins acceptable. Le plus important serait que les stratégies de coping soient appropriées à la situation et aident l'individu à faire face à sa détresse. Le choix de stratégies peut varier et évoluer au cours du temps.

Les travaux de Brené Brown (2014) sur la notion de la vulnérabilité mettent l'accent sur les éléments émotionnels positifs et leur utilité pour faire face aux stressseurs. Elle souligne que notre capacité à nous rendre compte de nos émotions est une aide puissante qui nous permet non seulement d'accepter nos émotions mais souvent de dépasser les effets émotionnels indésirables (anxiété, colère, etc.).

La contrôlabilité intervient dans le choix du mode de coping. En général, le coping centré sur le problème est pertinent pour réduire l'anxiété dans les événements contrôlables, mais a tendance à augmenter l'anxiété lorsque la situation est incontrôlable (Marx et Schultz, 1991). Un individu hypervigilant qui cherche en vain une solution pour un problème incontrôlable sera de plus en plus angoissé en trouvant qu'aucune solution n'est viable pour sa situation. Le fait de vivre avec une telle anxiété incontrôlable serait pour lui insupportable. En revanche, selon certains chercheurs, le coping centré sur l'émotion soulage le stress vécu dans les situations incontrôlables, mais rarement dans les situations contrôlables (Holmes et Stevenson, 1990 ; Baum *et al.*, 1983). Ceci dit, d'autres chercheurs donnent une place plus importante au coping centré sur l'émotion, et suggèrent que ce type de coping pourrait se diviser en plusieurs catégories de stratégies, dont certaines seraient tout à fait appropriées pour les situations contrôlables. Le fait d'identifier et de

comprendre l'émotion que l'on ressent peut soutenir l'individu dans le vécu de la situation stressante (Stanton *et al.*, 1994).

Un autre élément important dans cette relation entre la contrôlabilité et le ressenti de détresse n'est pas nécessairement le choix d'une approche centrée soit sur l'émotion, soit sur le problème, mais plutôt sur la stabilité du choix (Fauerbach *et al.*, 2002a; Fauerbach *et al.*, 2002b). On peut facilement voir l'utilité de soit exprimer les émotions, soit les supprimer de toute pensée dans une situation particulièrement stressante. L'utilisation de l'un de ces choix peut s'avérer utile pour faire face à la détresse, mais il est important de ne pas vaciller entre les deux car cette ambivalence favorise le développement de la dépression à long terme (Fauerbach *et al.*, 2002c).

En dehors de sa fonction interne de régulation émotionnelle, le coping est avant tout un moyen pour faire face à un problème précis et le résoudre si possible. Il peut être aussi classé selon la cible des stratégies, c'est-à-dire l'orientation de la personne et son activité en réponse à un stresser :

- soit la personne fera face directement et ouvertement à son problème (coping actif) ;
- soit elle évitera le problème et cherchera à réduire son stress et ses émotions négatives (coping évitant).

Paulhan et Bourgois (1995) définissent le coping actif comme une action qui consiste à modifier directement les termes mêmes de la relation personne-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistant à affronter le problème pour le résoudre.

À l'opposé du coping actif, on trouve le coping passif, qui consiste à ne rien faire ouvertement. Cette inactivité face à un stresser est souvent liée à un état émotionnel négatif, tel que la dépression, ainsi qu'à une attitude de déni.

Le coping évitant consiste à détourner l'attention de la source du stress (évitement) par le biais des comportements ou des cognitions. Cette stratégie est la plus utilisée et elle met en œuvre des stratégies cognitives et comportementales dans le déni et/ou la minimisation des problèmes rencontrés par l'individu (Cronkite et Moos, 1995). Elle peut se traduire par la pratique d'un sport, de la relaxation, ou le refuge dans les loisirs, etc. : l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve

un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activités plutôt négatives, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prendre des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle. Notons que le coping évitant, malgré la possibilité d'un évitement plutôt adapté, semble le plus souvent être un générateur de stress par la suite (par exemple en évitant de penser aux problèmes financiers, des soucis financiers plus importants peuvent se développer). Le coping évitant démontre un lien avec la détresse et la dépression (Penley, Tomaka et Wiebe, 2002). Il convient de souligner que les stratégies d'évitement peuvent aussi être impliquées dans l'expression de nombreuses pathologies, allant des difficultés « légères » de la procrastination jusqu'à l'évitement comportemental massif présent dans certaines manifestations phobiques.

Le coping vigilant focalise l'attention de la personne sur le problème dans l'espoir de mieux le contrôler. Il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire la personne à adopter une attitude mal adaptée, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver de solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hypervigilance.

Krohne (1993) note que la vigilance peut être caractérisée par des stratégies de traitement des informations qui donnent des indications sur le danger. À l'opposé, l'évitement serait plutôt un détournement des indices liés au danger.

Certaines stratégies de coping ne peuvent pas s'organiser selon les notions de coping actif ou évitant. Par exemple, les années récentes ont vu un intérêt croissant pour la recherche sur la rumination (Nolen-Hoeksema, 1998) qui serait, selon Holahan *et al.* (2005), une stratégie de coping catégorisée comme « passive », mais pas évitante, qui aurait des éléments en commun avec l'hypervigilance dans un sens négatif.

De même, signalons que le coping centré sur le problème est souvent confondu avec le coping actif, et le coping centré sur l'émotion avec le coping passif. Ces erreurs n'ont pas de sens, car les catégories de stratégies ne sont pas théoriquement mutuellement exclusives des stratégies spécifiques et elles dépendent du contexte de la situation. Par exemple, ce qui serait une stratégie active (faire du sport) ne serait pas nécessairement apte à résoudre

un problème de manière directe mais pourrait aider l'individu à trouver une solution par le détournement provisoire de son attention du problème. On se rend compte que le coping centré sur le problème pourrait avoir pour résultat l'échec, sans vraiment résoudre le problème. Par ailleurs, le coping centré sur l'émotion pourrait nécessiter des changements internes donnant lieu à une nouvelle structuration du problème, voire à l'expression d'une activité importante mais intérieure à la personne, qui ne serait pas observable.

Le coping actif et/ou évitant peut être aussi classé selon les méthodes utilisées pour faire face : la personne emploiera des stratégies soit comportementales, soit cognitives. Moos (1993a) a proposé quatre catégories de base dans le coping actif/évitant avec des sous-types associés :

- Coping actif/cognitif : cette catégorie inclut l'analyse logique (trouver des moyens différents pour résoudre le problème), ainsi que le recadrage positif (penser à quel point on est mieux que d'autres qui souffrent des problèmes plus importants).
- Coping actif/comportemental : on trouve ici la recherche de soutien (parler avec un ami) et la mise en œuvre d'une action pour résoudre le problème (concevoir un plan et le suivre).
- Coping évitant/cognitif : dans cette catégorie, on distingue l'évitement cognitif (complètement oublier son problème) et l'acceptation résignée (accepter le problème mais perdre l'espoir de retrouver son contentement).
- Coping évitant/comportemental : cette catégorie comprend la recherche d'autres activités et aussi la décharge émotionnelle (crier afin d'évacuer sa frustration).

2.5 Définir le coping autrement

Toutes ces définitions servent de bases pour décrire les types de coping le plus souvent cités. Nous traiterons ci-après de la personnalité et de la recherche empirique en ce qui concerne le coping, ce qui donnera des précisions encore plus subtiles quant aux comportements de coping et fournira d'autres définitions.

Les chercheurs ne sont pas tous d'accord. Afin de mieux comprendre pourquoi, nous souhaiterions élargir le débat et nous interroger sur la place du coping au sein de la psychologie.

Pour Costa *et al.* (1996), le coping et le stress ne peuvent pas être appréhendés en dehors du comportement humain. Selon ces auteurs, la nature arbitraire des définitions précises serait un problème. Il est évident que la frontière entre le coping et la résolution des problèmes n'est pas très facile à percevoir. Il en est de même pour la différence entre le normal et le pathologique, en particulier les situations qui provoquent le stress et les réactions qu'elles peuvent solliciter. Il n'existe pas de frontière claire entre l'expérience normale et l'expérience stressante. Qui plus est, nos réactions sont très variables : une situation sera normale pour une personne, alors que, pour une autre, elle sera impossible à vivre. Ils proposent alors un continuum comprenant le coping et l'adaptation qui se fonderait sur les réactions individuelles.

Lazarus (1990) a élaboré une autre approche de la conceptualisation de coping. Dans la mesure où ce chercheur est souvent cité comme l'un des premiers à avoir défini le coping, son approche s'appuie sur de longues années d'expérience en la matière. Il suggère qu'il faudrait plutôt subsumer la notion du stress sous la rubrique large et étendue de l'émotion.

Ces deux conceptualisations rejoignent la proposition émise dans le premier chapitre de cet ouvrage, c'est-à-dire la notion d'un continuum entre comportement défensif et coping. D'une part, comme Lazarus (1990) le suggère, il va de soi que ces réactions aux situations stressantes sont souvent en relation avec l'émotion de la personne, orientées en particulier vers la réduction de l'anxiété. D'autre part, les réactions et les situations peuvent être représentées sur un continuum, comme Costa *et al.* (1995) le souhaitent.

Actuellement dans le domaine du coping, les chercheurs essaient de réorganiser sa conceptualisation afin d'être plus exhaustifs et de prendre en compte la diversité de ses manifestations, de manière plus précise que « disposition » et « personnalité ». Comme Skinner *et al.* le proposent (2003), « le problème fondamental avec l'identification des catégories de base est que le coping n'est pas un comportement précis que l'on puisse observer de manière équivoque, ni une croyance que l'on puisse formuler de manière objective. C'est plutôt un construit d'organisation utilisé afin de comprendre la myriade des actes que les individus mettent en place afin de faire face à des événements stressants » (p. 217).

En effet, la notion du coping pose problème à plusieurs niveaux. Les catégories de coping ne sont pas souvent conceptuellement précises et elles ne sont pas mutuellement exclusives. Parallèlement, les catégories de coping ne sont pas toujours exhaustives. Au niveau de la définition de la fonctionnalité du coping, il serait souhaitable que les catégories soient homogènes et distinctes, souples, et permettent l'identification de nouvelles stratégies.

Afin de résoudre ces problèmes liés au coping, Skinner *et al.* (2003) ont proposé plusieurs « familles » de coping qui sont impliquées, chacune, dans un processus d'adaptation. Leur travail a consisté à réorganiser les stratégies déjà existantes par le biais d'une méta-analyse. Le premier processus d'adaptation identifié par ces chercheurs serait la coordination des actions et des contingences dans l'environnement. Les familles suivantes sont regroupées par ce processus : la résolution du problème, la recherche d'informations, l'incapacité et la fuite. Un autre processus d'adaptation, la coordination de la dépendance et des ressources sociales, regroupe les familles de la régulation des émotions et des comportements, la recherche de soutien, la délégation et l'isolation. Un dernier processus d'adaptation proposé par ces chercheurs, la coordination des préférences et des possibilités disponibles, regroupe les familles de l'accommodation, de la négociation, de la soumission et de l'opposition. La proposition ambitieuse de ces auteurs fournit un moyen de mieux comprendre le coping et d'éviter des erreurs de définition.

Enfin, il ne faut pas oublier les définitions d'origine de Lazarus (1999) et de Lazarus et Folkman (1984) concernant la relation entre coping et stress que nous avons évoquée plus haut : la relation entre les demandes, la situation et les ressources de l'individu. Ces auteurs ont souligné lors de ces premiers écrits la nature fluide des stratégies de coping en tant qu'efforts comportementaux et cognitifs qui s'adaptent aux demandes changeantes en fonction des ressources. Nous verrons plus tard que ces notions de fluidité et de souplesse ajoutent des dimensions importantes à notre conceptualisation du coping.

Comme c'est le cas pour beaucoup de domaines en psychologie, le coping a été influencé par les tendances des orientations de recherche. Notamment, la psychologie positive semble être prise en compte dans l'étude sur le coping, surtout en matière d'émotions positives et de leur rôle dans le stress (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000 ; Folkman, 2008). De même, les notions

de spiritualité et de religiosité ont été assimilées dans de nouvelles modélisations du processus de coping (Daaleman, Kuckelman, Cobb et Frey, 2001).

Le coping et les mécanismes de défense serviraient à l'individu dans son adaptation globale. La manière dont il forgerait ses propres outils serait plutôt fonction de sa personnalité.

Chapitre 6

**Modèles, évaluation
et mesures du coping**



Sommaire

1. Les modèles du coping.....	200
2. L'évaluation du coping.....	207
3. Les mesures du coping	210

Le coping peut être défini par des comportements et des cognitions qui s'organisent selon certaines catégories. Mais, selon nous, cette définition est limitée, car le coping est une réponse individualisée à une situation précise et comprend une panoplie de variables difficiles à opérationnaliser. Il est donc difficile de comprendre ce fonctionnement sans prendre en compte ces autres variables. Avant de traiter le coping en fonction de la personnalité et dans des situations précises, nous étudierons un moyen plus moderne de conceptualisation du coping.

Actuellement, au lieu de décrire le coping isolément, l'élaboration des modèles du coping est devenue le mode privilégié de compréhension de son fonctionnement en termes d'adaptation de l'individu. Ces modèles intègrent d'autres concepts psychologiques, comme, par exemple, la motivation, le soutien, la contrôlabilité des événements, etc.

Pour parler des modèles, il faut considérer le terme « processus », car il est impliqué dans cette élaboration du coping. Le processus se définit comme la production de quelque chose qui s'opère progressivement et s'élabore (et change peut-être) tout au long de sa réalisation. D'après *Le Grand Dictionnaire de psychologie*, il est aussi « la succession d'événements conduisant un objet ou un organisme à changer de forme ou d'état selon une évolution où diverses étapes peuvent généralement être repérées » (Larousse, 1994). Les modèles de coping intègrent ainsi les notions de changement et d'élaboration impliquées par le coping et l'influence dynamique des autres variables.

Partant du principe que le coping est essentiel à la résistance au stress, Holahan *et al.* (1996) ont divisé les variables liées aux modèles en deux catégories : les ressources individuelles et les ressources sociales. Les ressources individuelles comprennent les qualités cognitives et les variables de la personnalité qui aident le processus du coping (par exemple, l'auto-efficacité, l'optimisme, le *hardiness* (robustesse/endurance), le sens de cohérence et le locus de contrôle interne). Les ressources sociales fortifient le processus du coping, en fournissant un soutien qui renforce les sentiments positifs internes. Ce soutien émane le plus souvent des proches : famille, époux, amis, etc.

Il existe, par ailleurs, toute une autre catégorie de ressources psychologiques, qui sont elles-mêmes d'une vaste complexité (la motivation, la

cognition, la souplesse cognitive, l'évaluation de la contrôlabilité, etc.) et qui sont souvent évoquées dans les modèles modernes.

Même si des modèles prometteurs ont été élaborés ces dernières années – nous y reviendrons –, il faut dire qu'aucun modèle ne peut intégrer de manière exhaustive toutes les variables liées au coping : un tel modèle serait difficile à étudier, d'une part, et il est fort probable que nous n'ayons pas encore identifié en psychologie tous les aspects qui peuvent caractériser le processus du coping, d'autre part.

Holahan *et al.* (2005) avancent justement cette idée en notant que les principes qui ont guidé la recherche précoce en stress et coping étaient relativement simplistes ; ces dernières années ont permis d'établir avec précision les différents éléments impliqués dans les modèles du coping ainsi que de proposer des modèles intégrant des variables innovantes et pour des contextes spécifiques.

1. Les modèles du coping

1.1 Les stress, les ressources et la dépression

Holahan et Moos (1991) ont élaboré un modèle associant les stressseurs et les ressources (individuelles et sociales) avec leurs effets sur la dépression. Les ressources qui sont impliquées dans ce modèle comprennent la confiance, une disposition plutôt détendue, l'utilisation des stratégies de coping actif (ressources individuelles) et le soutien familial (ressources sociales). Le choix de ces variables leur a été dicté par une précédente recherche, qui avait démontré leur effet sur les réponses de coping (Holahan et Moos, 1987).

Alors que la notion d'ajustement mental, ou d'adaptation, est souvent liée au coping, Holahan et Moos ont étudié dans ce modèle la dépression en tant que variable précise d'une mauvaise adaptation. Ce modèle propose, par ailleurs, une distinction entre le stress « bas » et le stress « élevé ». Selon les auteurs, la relation entre les réponses de coping et l'ajustement mental changera selon que le stress est bas ou élevé.

Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre ans dans une population aléatoire, choisie dans la population totale. Les sujets ont rempli des questionnaires sur la personnalité, le soutien familial, le pourcentage de coping actif, la dépression et les événements de vie négatifs. Ils ont été mis en groupe selon le nombre et la gravité des événements négatifs qu'ils avaient vécus l'année précédant l'étude. Ensuite, ils ont rempli les mêmes questionnaires quatre ans plus tard.

Ce travail a démontré que les ressources personnelles et le soutien familial ont une influence, soit directement, soit indirectement, sur les réponses de coping et sont prédictifs de la dépression par la suite. De plus, le type de stress influence l'interaction de ces variables de manière

intéressante. Il est important de noter que le modèle démontre deux types de prédictions selon la situation du stress élevé ou bas :

- dans la situation où le stress est élevé, le modèle démontre un effet positif des ressources (individuelles et sociales) sur les stratégies de coping adaptées, qui, à leur tour, donnent lieu à un ajustement mental plutôt positif (moins de dépression);
- en revanche, dans la situation où le stress est relativement bas, le modèle indique que les ressources amènent directement à l'ajustement mental (cf. figure 6.1 ci-après). La dépression se manifeste lorsque l'individu n'a pas assez de ressources pour faire face à sa situation.

Aussi Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping.

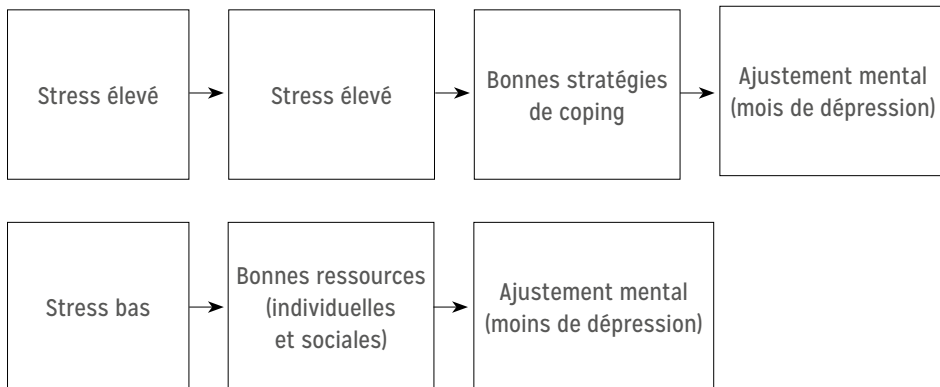


Figure 6.1 – Modèle de prédiction du coping mis en œuvre dans une situation selon le niveau de stress (d'après le modèle de Holahan et Moos, 1991).

Mais comme nous l'avons évoqué plus haut, il n'est pas cohérent de se fier à des modèles simplistes. Par exemple la recherche au sujet du stress et de la maladie nous montre que cette relation peut s'opérer dans deux sens : la mal-adaptation générée par les situations de stress peut donner lieu à de nouveaux stressseurs (Hammen, 1999). De plus, le rôle des stratégies de coping semble important surtout en termes de vulnérabilité pour l'individu ; autrement dit, les individus mettant en œuvre des stratégies adaptatives risquent moins des états de vulnérabilité par la suite (Holahan, Moos et Bonin, 1999). Mais Holahan *et al.* (2005) notent que, contre toute attente, la recherche sur la manifestation du stress et la recherche sur les stratégies de coping mises en œuvre dans les modèles du stress semblent avoir évolué de manière indépendante, ce qui rend encore moins lisible ce domaine de recherche en psychologie.

Étant donné cette limitation importante, de nombreux modèles de coping ont été proposés depuis des années en intégrant des variables définies comme « médiatrices ». Même si la recherche a évolué ces dernières années, ces modèles continuent à être proposés dans l'objectif de trouver les variables les plus significantes dans le processus de coping.

1.2 Soutien social, contrôlabilité et coping

La recherche précoce en coping a souligné quelques variables classiques qui semblent essentielles à prendre en compte dans le modèle du coping. Valentiner *et al.* (1994) ont cherché à valider dans une population d'étudiants leur modèle, qui examinait l'interaction entre le soutien des parents des étudiants, l'ajustement psychologique et la perception de la contrôlabilité de l'événement.

Ils ont conçu le coping en tant que processus de médiation fortement influencé par le soutien social, se référant par là même à Holahan et à Moos (1987), qui avaient trouvé que les individus ayant plus de ressources personnelles et sociales étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'approche (coping actif). En fait, le soutien social fournit une sorte d'assistance au coping. Ces études ont permis de souligner également l'importance du soutien de la famille.

Ensuite, la contrôlabilité a été conçue comme un modérateur du processus. La prédictibilité de leur modèle varie selon le contexte. La contrôlabilité pourrait influencer le coping au niveau du choix des stratégies et aussi du résultat final. Il est connu que la contrôlabilité a un effet sur le type de stratégie utilisée : par exemple, le coping est plutôt employé dans une situation « contrôlable » (Scheir, Weintraub et Carver, 1986).

Les sujets ont été étudiés sur une période de deux ans. Les auteurs ont évalué le soutien des parents, le pourcentage du coping actif, l'ajustement psychologique et la contrôlabilité des événements. Les résultats ont montré que, dans la situation contrôlable, le soutien parental initial était lié à un grand pourcentage de stratégies actives, et que l'utilisation de ces stratégies actives était fonction d'un bon ajustement mental. Cependant, le soutien parental n'a pas été en relation directe avec l'ajustement mental : c'est l'utilisation du coping actif qui a donné lieu à cet ajustement positif.

À l'opposé, pour les événements incontrôlables, le soutien parental était lié directement à l'ajustement mental, mais n'était pas du tout prédictif de l'utilisation du coping actif. De même, dans ces situations, l'utilisation du coping actif n'était pas liée à l'ajustement mental.

Ces résultats confèrent toute son importance à un modèle de coping où l'adaptation serait liée à la santé mentale générale par le biais direct et indirect du coping. De plus, ce modèle démontre à quel point la contrôlabilité modifie l'influence du soutien et l'efficacité des stratégies employées. Selon ce modèle, le coping serait un processus médiateur dans la relation entre les ressources et l'ajustement dans le contexte du stress aigu. Il souligne non seulement l'influence variable du contexte, mais aussi l'importance versatile du soutien.

1.3 Le coping et le soutien social en tant que processus de médiation

Ce modèle est proposé par Dunkley *et al.* (2000), qui étudient, en particulier, le perfectionnisme et son effet sur le stress perçu. Ils supposent que le coping est un processus de médiation avec le soutien social perçu et l'expérience des « frustrations quotidiennes » (*daily hassles*).

Pour ces auteurs, le perfectionnisme serait prédictif du type de coping employé par le sujet. Ils distinguent deux types de perfectionnisme, le type « standards personnels » (*personal standards*) et le type « inquiétude évaluative » (*evaluative concerns*). Le premier type implique une attitude de perfectionnisme envers soi, surtout concernant les buts et la performance ; le second exprime plutôt une attitude négative envers les autres, qui sont perçus comme exigeants, et donne lieu à des distorsions cognitives. Il est connu que le perfectionnisme de standards personnels est lié à un coping plutôt actif, alors que le perfectionnisme d'inquiétude évaluative est associé à un coping évitant (Holahan *et al.*, 1997).

Le modèle proposé par Dunkley *et al.* (2000) a cherché à analyser la relation entre le perfectionnisme d'inquiétude évaluative et les frustrations quotidiennes, le coping évitant et la perception du soutien social. En effet, leur proposition se base sur le fait que ce genre de perfectionnisme a tendance à déboucher sur une détresse générée par des frustrations quotidiennes et sur la perception d'un manque de soutien.

Les sujets participant à cette étude ont rempli des questionnaires sur le perfectionnisme, le coping, le stress au quotidien, le soutien social perçu et les symptômes actuels de la détresse. Les résultats ont validé l'hypothèse selon laquelle les frustrations quotidiennes, le soutien social perçu et le coping évitant étaient des modérateurs expliquant la relation entre le perfectionnisme et la détresse. Ce modèle met en évidence que ce type de perfectionnisme (inquiétude évaluative) a des répercussions sur la perception de la réalité (composée par le soutien social, la frustration engendrée par les embêtements et le vécu de la détresse).

C'est une manière d'appréhender le coping par l'effet exercé par le sujet. La perception du sujet serait un composant essentiel dans le type de coping employé, mais ce n'est pas étonnant si l'on se réfère à la définition du stress (voir *infra*), qui souligne l'importance de la perception du stress, soit imaginée, soit réelle.

1.4 Les processus motivationnels et cognitifs sous-jacents au coping

Si le modèle précédent mettait l'accent sur la perception de l'individu, d'autres modèles ont également étudié des éléments propres à l'individu qui semblent exercer un effet sur le coping. Cheng (2003) a examiné l'influence des processus motivationnels et cognitifs, en particulier la souplesse (*coping flexibility*). En effet, la souplesse du coping serait un moyen pour comprendre le coping en tant que « méta-capacité ». Cette capacité de moduler le choix des stratégies employées serait impliquée dans un bon ajustement mental (Cheng, 2001), et elle est le plus souvent liée au contexte.

Cheng (2003) souligne que, pour que le coping s'opère, il faut ajuster finement les stratégies employées. Pour y parvenir, l'individu utilisera des capacités cognitives. L'auteur a choisi d'examiner ici la facilité discriminante, c'est-à-dire la capacité de l'individu « d'estimer la situation et de choisir des comportements appropriés en réponse aux contingences changeantes » (p. 426). Cette facilité discriminante semble réguler les comportements du coping à travers divers indices qui constituent un contexte précis. En fait, les individus démontrant une capacité importante de la facilité discriminante sont plus souples quant à leur utilisation des stratégies de coping. La facilité discriminante est choisie comme une capacité cognitive pour cette étude.

Comme c'est le cas pour les processus cognitifs, les processus motivationnels influencent le coping, car ce dernier est le plus souvent orienté vers un but (résoudre un problème, diminuer l'anxiété, etc.). Cheng (2003) s'intéresse aux processus motivationnels, car la motivation joue un rôle important dans la réalisation de n'importe quel but. Un moyen pour appréhender la motivation serait de regarder le « besoin de clôture » (*closure*), terme introduit par Kruglanski (1989). Le besoin de clôture est à rattacher au désir de certitude et à l'intolérance de l'ambiguïté. Plus la personne a besoin de clôture, plus elle aura tendance à agir d'après son premier instinct et à persévérer très tôt sur les éléments dans le processus du coping.

Cheng (2003) a réalisé trois études pour examiner les rôles de ces processus, par la mesure non seulement de ces processus mais aussi de l'anxiété, des symptômes physiologiques, de la qualité de la vie et de l'affect négatif. Ces études ont démontré tout d'abord que la facilité discriminante était un processus cognitif sous-jacent à la souplesse, que le besoin de

clôture était un processus motivationnel influencé par la souplesse, et qu'il pouvait modifier l'ajustement mental.

Dans ce modèle, la facilité discriminante semble être un processus cognitif qui prédit la souplesse. Les individus ayant une bonne facilité discriminante ajustent constamment leurs choix en fonction des impressions changeantes, et élaborent donc des réponses de type « si-alors » (*if-then*). Ce style de coping très souple s'avère extrêmement efficace. De même, la motivation impliquée dans le besoin de clôture influence la souplesse dans la mesure où un besoin élevé de clôture réduit les choix possibles, et ainsi la souplesse du coping.

Ce premier modèle de la notion de souplesse élaborée par ces études ouvre sur les recherches ultérieures qui ont eu pour objectif de mieux comprendre la dynamique inhérente au processus du coping évoquée plus haut dans la définition du coping. Nous verrons également que l'évaluation de cette souplesse fait l'objet d'un intérêt grandissant dans la littérature sur le coping.

1.5 Vers un modèle intégratif et longitudinal

Si les variables psychologiques se sont montrées importantes dans l'élaboration de modèles du coping au fil des années, les catégories de coping proposées par Moos (1993a) ont été aussi intégrées mais moins bien comprises dans une modélisation exhaustive du coping. Cependant, il est communément admis que le coping évitant fait partie des modèles qui sont impliqués dans la manifestation de la psychopathologie, surtout la dépression (Holahan *et al.*, 2005). Dans une étude prospective et longitudinale (10 ans) sur le stress, le coping évitant et la dépression, ces auteurs ont pu élaborer un modèle qui aide non seulement dans la compréhension de la relation entre ces variables mais qui met en avant les relations prédictrices. Le modèle élaboré par Holahan *et al.* (2005) commence par établir la présence des stratégies d'évitement de base présentes dans l'échantillon (1 211 adultes). À l'origine, ces stratégies de base sont liées aux symptômes de la dépression; par la suite à 4 ans, on retrouve une relation prédictrice entre les stratégies d'évitement de base et les événements stressants ainsi qu'une relation prédictrice entre les symptômes de dépression de base et les événements stressants. Ce modèle semble dessiner une meilleure

compréhension entre ces variables et suggère un véritable cercle vicieux entre coping évitant, stress et dépression.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est impossible actuellement de proposer un modèle intégrant toutes les variables impliquées dans le coping. Mais cette conceptualisation du coping est prometteuse pour une meilleure compréhension du coping dans l'avenir.

Les modèles mettent l'accent sur l'interaction des variables internes et externes, et soulignent que le coping peut être non seulement une réponse, mais aussi un processus de médiation. Par ailleurs, certaines variables changeront le rôle du coping dans l'adaptation, en particulier le stress exercé par l'événement. Nous avons vu aussi que le résultat n'est pas finalement le coping, mais plutôt l'ajustement mental, qui sera influencé de manière variable par les stratégies de coping adoptées.

Les modélisations du coping permettent de mieux appréhender la notion et la manière dont les gens réagissent face aux difficultés et ce, selon des variables spécifiques et des contextes précis. Les recherches les plus récentes permettent de comprendre les relations prédictrices entre les différentes stratégies de coping et le stress, ainsi que la présence des variables psychologiques soit positives, soit négatives comme par exemple la manifestation de la psychopathologie.

2. L'évaluation du coping

Mesurer le coping demeure une ambition en grande partie non réalisée par la recherche. Même si les définitions du coping ont été précisées, leur diversité rend difficile la mesure des stratégies du coping. Si l'on ajoute toutes les autres variables qui interviennent dans les modèles proposés, l'évaluation du coping devient encore plus compliquée. Les divers outils, souvent d'orientations différentes, n'arrivent pas encore à mesurer le coping, ni de manière satisfaisante, ni de manière uniforme.

L'évaluation du coping est devenue en soi un domaine à part dans la littérature. Nous avons vu que l'évaluation des mécanismes de défense pouvait s'effectuer à partir de questionnaires, de tests projectifs et d'autres

moyens. Ce n'est pas le cas pour le coping, car ce concept étant élaboré en tant que fond théorique, il ne peut être cerné qu'à partir d'un questionnement de la personne observée, qui s'effectue le plus souvent à l'aide d'un questionnaire.

La mesure du coping suit les approches que nous avons évoquées dans la conceptualisation du coping : l'approche « interindividuelle » et l'approche « intra-individuelle ». Ces deux approches distinguent le coping en tant que processus et en tant que trait. Alors que le premier s'intéresse plutôt à l'évaluation des réponses de plusieurs groupes de personnes, le second privilégie plutôt l'évaluation des tendances d'une personne précise.

Ajoutons que l'élaboration des modèles sur le coping implique aussi des aspects importants à prendre en compte concernant son évaluation. Alors que certaines mesures s'orientent vers une définition plus rigide et unidimensionnelle des stratégies de coping, d'autres tentent de rendre compte de la pluridimensionalité du coping fondée sur la relation dynamique entre stress spécifique et ressources disponibles.

Les mesures de type interindividuel peuvent encore se distinguer par le fait de s'orienter soit vers une situation précise, soit vers des situations diverses. Les mesures de type intra-individuel évaluent plutôt le « style » de coping préféré par l'individu. Nous considérerons ces trois types de mesures, présenterons des outils et dresserons un état des lieux de la recherche actuelle dans le domaine de l'évaluation du coping (Parker et Endler, 1996).

La manière dont les tests ont été élaborés est aussi à prendre à compte, car les chercheurs ne sont pas unanimes sur ce point : d'un côté, il y a ceux qui préfèrent construire un test de manière empirique, de l'autre, ceux qui se reposent sur une théorie pour le construire.

L'approche empirique a une préférence pour la proposition d'une gamme large de comportements de coping, diversifiés et représentatifs des réponses possibles dans la population globale. Comme nous le verrons plus tard, les échelles ainsi élaborées utilisent l'analyse factorielle pour rendre l'interprétation plus claire. L'argument souvent avancé par les chercheurs est que les comportements de cette approche représentent la réalité des individus en train de faire du coping.

En revanche, l'approche théorique élabore des items par raisonnement, en s'appuyant sur une théorie, et non sur une étude empirique. Les analyses factorielles fondées sur ces échelles dégagent des dimensions montrant les comportements corrélés. Les chercheurs qui privilégient cette approche pensent que les échelles dérivées empiriquement n'ont qu'un lien faible avec la théorie du coping, et que cela ne les aide pas à avancer dans le domaine. En effet, ces échelles ne sont pas très précises en ce qui concerne les théories actuellement avancées sur le coping.

2.1 Les situations spécifiques

Ce type d'évaluation vise à mesurer les stratégies que l'individu met en œuvre lorsqu'il est confronté à une situation stressante précise (par exemple, la douleur, la maladie, la perte d'un emploi, etc.). Il existe des dizaines de questionnaires, et ceux-ci ont été le plus souvent utilisés dans la recherche en psychologie de la santé (Parker et Endler, 1992).

La relation entre la santé et le coping est un domaine très étudié en psychologie, et les chercheurs ont tendance à invoquer l'un des modèles suivants pour conceptualiser cette relation :

- la présomption que les stratégies de coping ont un effet clair et net sur les variables de santé (par exemple, la pression sanguine) ;
- le coping a un effet indirect sur la santé dans la mesure où il provoque un changement du comportement qui porte sur la santé (par exemple, manger de manière équilibrée, consulter régulièrement un médecin, etc.) ;
- les stratégies de coping modèrent ou bien apaisent le stress provoqué par un problème de santé.

Ainsi, les questionnaires créés pour ce domaine de recherche portent non seulement sur la situation spécifique, mais aussi sur la manière de conceptualiser la relation stress-santé (Parker et Endler, 1996).

L'approche de Klauer *et al.* (1989) distingue trois échelons de réponses qui ont été confirmés par des études empiriques dans le contexte de la maladie :

- La cible de l'attention : elle serait dirigée, entre autres, vers la situation stressante.
- La sociabilité : elle déterminerait si la personne recherche le soutien des autres ou non.

- Le niveau de réponse permet de savoir si la personne mobilise des stratégies comportementales ou cognitives.

2.2 Les situations multiples

Ce type d'évaluation vise à mesurer les stratégies de coping qui peuvent être appliquées à plusieurs situations. Les items de ce genre de questionnaire évaluent une large gamme d'activités effectuées par les sujets dans les situations stressantes. Le plus souvent, le sujet doit penser à une situation stressante, puis détailler les stratégies qu'il a invoquées pour faire face à son problème. Il peut aussi préciser les stratégies qu'il utilise le plus souvent, sans considérer une situation en particulier (Parker et Endler, 1996).

Ces questionnaires peuvent être utilisés de manière répétée avec les mêmes sujets sur une période longue et dans les situations les plus diverses. C'est une manière de voir si les stratégies changent avec le temps et/ou la situation, et si elles dépendent d'autres variables, comme, par exemple, la personnalité mesurée par un autre questionnaire.

2.3 Les mesures entre les individus

Les variables de la personne sont difficiles à mesurer (*cf. supra*), c'est pourquoi ce domaine de recherche est très controversé. Folkman (1992) insiste sur le fait que les mesures des traits de coping ne sont pas nécessairement prédictives sur la réponse mise en œuvre par la personne confrontée à une situation réelle et stressante.

3. Les mesures du coping

Alors que la littérature scientifique est débordante de différentes mesures du coping selon les différentes catégories présentées ci-dessus, certaines échelles sont considérées comme des « classiques » et sont souvent retrouvées dans les études sur le coping. Ci-dessous nous présentons quelques outils de base et nous terminerons avec des réflexions sur les considérations à prendre en compte lors l'évaluation des stratégies de coping.

3.1 Billings et Moos : un essai précoce

Billings et Moos ont élaboré un test de coping qui a connu plusieurs formes depuis sa création originale en 1981. Partant de la théorie de Lazarus, le premier instrument créé comprenait 19 items de réponse type « oui/non », regroupés selon la stratégie de coping et la fonction du coping. Les stratégies empiriquement dérivées étaient : cognitif-actif, comportemental-actif et évitement. Les fonctions de ces stratégies suivaient les deux approches de stratégies centrées sur le problème ou bien centrées sur l'émotion selon la théorie de Lazarus et Folkman (1984).

Après ce premier essai, cet instrument a été modifié en 28 items, avec une échelle de réponse de type Likert en 4 points : le Coping Response Inventory (CRI, Billings et Moos, 1993). Ce test mesure des stratégies groupées selon 3 axes :

- le premier axe se focalise sur l'évaluation des stratégies centrées sur l'approche, représentées par 4 items ;
- le deuxième axe regroupe des stratégies centrées sur le problème selon deux sous-échelles : la recherche d'information (7 items) et la recherche d'une solution (5 items) ;
- le troisième axe propose des stratégies centrées sur l'émotion selon deux sous-échelles : la régulation de l'affect (6 items) et la décharge émotionnelle (6 items).

Bien que le CRI continue à être utilisé, surtout aux États-Unis, il n'offre pas des qualités psychométriques satisfaisantes pour la plupart des chercheurs. De plus, la preuve empirique pour l'élaboration de leurs échelles n'a jamais été présentée (Endler et Parker, 1989 ; Schwarzer et Schwarzer, 1996).

3.2 Ways of coping

Suivant la théorie de Lazarus et Folkman, le Ways of Coping Checklist (WCCL) et, plus tard, le Ways of Coping Questionnaire (WCQ) visent à évaluer deux types de stratégies de coping : celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème.

Le WCCL, élaboré pendant les années soixante-dix dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping, était composé de 68 items de

réponse type « oui/non », avec 40 items sur l'échelle de stratégies centrées sur le problème et 24 items concernant l'échelle de stratégies centrées sur l'émotion.

Puisque la richesse des réponses n'était pas correctement représentée par ces deux facteurs, plusieurs études ont essayé de reformuler les stratégies plus en détail (Schwarzer et Schwarzer, 1996). Elles ont abouti au WCQ qui comporte 50 items répartis sur 8 échelles dérivées empiriquement : la confrontation, la distanciation, l'autocontrôle, la recherche de soutien social, l'acceptation de responsabilité, l'évitement/la fuite, la solution planifiée et la réévaluation positive. Les réponses ont été changées pour le format Likert sur 4 points.

Par ailleurs, Vitaliano (1993) a proposé une autre modification du WCCL qui est aujourd'hui largement utilisé. Ce test propose 5 échelles de stratégies dérivées par les analyses factorielles : centré sur le problème, recherche de soutien social, autoblâme, prendre ses désirs pour des réalités et évitement.

Comme beaucoup de questionnaires sur le coping, le WCQ a souvent fait l'objet d'une analyse factorielle dans le but de mieux comprendre le coping lui-même. Ces analyses montrent comment les stratégies se caractérisent et se divisent en catégories, mais les résultats sont souvent décevants, car ils ne sont pas comparables d'une étude à l'autre. Ces mesures de coping rencontrent d'autres problèmes, notamment de fiabilité : il est difficile de mesurer les stratégies du coping, dans la mesure où celles-ci changent selon la situation. De même, la plupart des études indiquent que le WCQ ne propose pas des qualités psychométriques satisfaisantes, surtout au niveau de la constance interne.

En plus des problèmes techniques du WCQ, Carver *et al.* (1989) expliquent que la distinction entre le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion reste trop basique pour mesurer correctement le coping. Selon eux, la recherche sur le WCQ n'arrive pas à valider les facteurs, ce qui s'explique assez aisément, puisque le coping est par définition un processus compliqué.

Le WCQ et le WCCL sont cependant des tests largement utilisés et souvent adaptés pour des recherches pointues dans des domaines différents. En outre, comme ils ont été dérivés empiriquement (et non pas

théoriquement), ils ne se prêtent donc pas facilement aux analyses classiques de la psychométrie. C'est pour cette raison que Vitaliano *et al.* (1985) ont proposé des analyses fondées sur la validité de critère et sur la validité de construit. En comparant le WCCL aux mesures dont on attendrait des relations spécifiques (dépression, symptômes) et à des populations différentes (tout-venant, patients psychiatriques), on voit que le WCCL offre une validité satisfaisante (*cf.* en annexes une version française du WCCL qui tient compte des particularités culturelles et langagières).

3.3 Le Coping Inventory for Stressful Situations

Endler et Parker (1990) ont cherché à pallier ces faiblesses psychométriques et ont élaboré le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS, ou Inventaire de coping pour les situations stressantes). Ce test a été créé empiriquement et logiquement par une approche « multidimensionnelle » de l'évaluation du coping. Le questionnaire de 44 items, généré à partir des analyses factorielles, mesure 3 styles de coping : centré sur la tâche (19 items), centré sur l'émotion (12 items), centré sur l'évitement (13 items). La constance interne (mesuré par l'alpha de Cronbach) est acceptable pour ces 3 facteurs.

Ces facteurs ont été validés par une comparaison aux autres échelles. Les échelles « centrée sur le problème » et « centrée sur l'émotion » semblent corrélérer avec les échelles correspondantes sur le WCQ, ce qui suggère une validité théorique. L'échelle « centrée sur l'évitement » correspond plutôt à l'échelle « recherche de soutien » sur le WCQ.

Il semblerait que le CISS propose un test qui mesure les dimensions du coping élaborées par Lazarus et Folkman, tout en fournissant des qualités psychométriques plus acceptables que le WCQ. Ce questionnaire a aussi des normes pour des groupes divers. Le CISS existe dans une version française validée (Endler et Parker, 1998).

3.4 Le COPE

Nous avons dit plus haut que la plupart des mesures en coping peuvent se diviser selon une élaboration empirique ou théorique. Jusqu'ici, nous

avons présenté des échelles empiriques. Le COPE est, quant à lui, un test dérivé d'une théorie du coping.

Le COPE a été élaboré par Carver *et al.* (1989) et a connu un succès important dans le domaine du coping. Ce test a été élaboré à partir d'arguments théoriques, en intégrant les propriétés plus ou moins fonctionnelles du coping. Les auteurs ont commencé par 11 domaines distincts, et les premières analyses factorielles en ont établi 14: coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, coping restreint, recherche de soutien pour information, recherche de soutien émotionnel, reformulation positive, acceptation, coping religieux, attention aux autres et expression des émotions, déni, désengagement comportemental, désengagement mental et désengagement par le biais des drogues/alcool.

Certains domaines ont été divisés, car les analyses ont indiqué qu'ils étaient distincts (par exemple, le désengagement qui était divisé à la fois en comportemental mental et par le biais des drogues/alcool). Les alphas de ces sous-échelles sont satisfaisants, sauf pour le désengagement mental. Les auteurs suggèrent que le désengagement mental implique un processus multidimensionnel et qu'il ne se prête pas facilement à la notion d'une constance interne. Par ailleurs, il y a très peu d'intercorrélations des sous-échelles, ce qui souligne une distinction théorique. Des analyses factorielles ont mis ensemble les sous-échelles qui s'organisent autour des thèmes concernant l'adaptation ou la non-adaptation.

Les auteurs ont aussi comparé le COPE à un certain nombre d'échelles de personnalité; les traits examinés étaient les suivants: l'optimisme, le contrôle, l'estime de soi, l'internalisation, le *hardiness* (robustesse/endurance), le type A, le monitoring, l'anxiété et la désirabilité sociale. Les 14 échelles du COPE ont donné lieu à des corrélations intéressantes et théoriquement valables entre ces traits.

Le COPE fournit un aperçu des réponses de coping de la personne et de la possibilité de mettre celles-ci en relation avec la personnalité. On peut ainsi commencer à comprendre la relation entre la personne et ses choix de coping. Le COPE existe dans une version abrégée (Brief COPE) qui a été traduite en français (Fillon, 2002).

3.5 Le Coping Strategy Indicator

Amirkhan (1990) a tenté d'utiliser à la fois les approches théorique et empirique, et il a abouti au Coping Strategy Indicator (Inventaire des stratégies de coping; CSI). Il explique que le problème des tests dérivés empiriquement est qu'ils sont trop étroitement liés à la population d'après laquelle ils sont élaborés. De même, pour les tests dits théoriques, les taxinomies limitent trop les types de réponses possibles.

Amirkhan a donc créé un inventaire avec les deux approches de déduction et d'induction, afin de proposer un outil d'évaluation qui pourrait tenir compte des réponses typiques au stress, tout en ayant une applicabilité large.

Les items utilisés pour construire le CSI proviennent de plusieurs échelles de coping, notamment le WCQ. Amirkhan a commencé avec 161 items, puis, par le biais des analyses factorielles et des études subséquentes, ces items ont été réduits à 63, puis 36 et enfin 33. Les items choisis ont en commun leur qualité de stratégie et des réponses ancrées dans la réalité du coping de tous les jours.

Cette version a été testée sur une population hétérogène d'environ 1 000 personnes. Les analyses factorielles sur cette version ont mis en évidence 3 facteurs expliquant 46 % de la variance dont : la recherche d'une solution au problème, la recherche de soutien et l'évitement.

Le CSI est censé mesurer les grandes stratégies utilisées le plus typiquement dans le domaine du coping, sans s'attarder sur des réponses « idiosyncrasiques ». Le CSI est bref, fournit des normes et propose des qualités psychométriques satisfaisantes, notamment en ce qui concerne la constance interne et la validité discriminante.

3.6 L'inventaire du coping centré sur le problème

Comme beaucoup de chercheurs avant eux, Heppner et Baker (1997) ont trouvé les tests de coping insuffisants sur plusieurs plans. Ils citent un problème majeur qui est le manque d'accord au niveau de la conceptualisation du coping (Heppner *et al.*, 1995). Ce manque d'accord est encore

plus problématique lorsque l'on considère d'autres concepts proches du coping qui s'impliquent de manière complexe, tels que le *hardiness*, les comportements antidépressifs ainsi que la capacité d'évaluer et de résoudre un problème. Leur propre inventaire, le Problem Solving Inventory (PSI, Coping centré sur le problème) vise à mesurer les activités comportementales, cognitives et affectives qui s'organisent dans le but de trouver une solution à un problème. Il cherche à évaluer la personne en fonction de ses capacités à résoudre le problème auquel elle fait face. Les auteurs ont cherché à formuler les items sans être trop envahissants ou menaçants, ce qui explique que les problèmes de désirabilité sociale sont réduits. Ce test comporte 32 items utilisant une échelle Likert de 6 points et se divise en 3 sous-échelles : la confiance pour résoudre le problème, le style d'évitement et le contrôle personnel.

Chaque sous-échelle prend en compte des stratégies comportementales, cognitives et affectives : la présentation du PSI diffère donc grâce à cette transversalité. Les qualités psychométriques, notamment la constance interne, sont satisfaisantes, et, d'après les auteurs, cet outil a été employé dans plus d'une centaine d'études. Étant donné son approche d'évaluation du style, il peut aussi être appliqué dans les champs cliniques, afin de repérer les capacités du patient vis-à-vis de ses difficultés personnelles.

3.7 Le coping centré sur l'émotion

Alors que la majorité des études privilégie l'adaptation d'un style orienté sur le problème, Stanton *et al.* (2000) ont examiné le coping centré sur l'émotion afin de voir si l'on peut tirer des stratégies adaptatives de ce type de coping. En s'appuyant sur les théories fonctionnalistes, ces auteurs expliquent que la capacité de comprendre et d'accepter les émotions de soi et d'autrui s'avère très utile dans l'adaptation de la personne. Selon eux, la confusion provient de l'ambiguïté des items dans les échelles, surtout en ce qui concerne les items qui semblent confondre la détresse et la psychopathologie avec l'émotion.

Afin de construire un test qui évite ce genre de confusion, Stanton *et al.* (2000) ont sélectionné des items provenant des échelles connues (WCQ, COPE, etc.) et les ont regroupés en 3 échelles : l'identification des émotions, le processus émotionnel, l'expression émotionnelle.

Les analyses factorielles ont démontré deux styles distincts dans le coping centré sur l'émotion : un coping par l'expression émotionnelle et un coping par le processus émotionnel. Selon les recherches réalisées par Stanton *et al.* (2000), l'approche émotionnelle s'est avérée très adaptative dans certaines circonstances et en fonction des différences individuelles et situationnelles. Les qualités psychométriques des échelles développées pour ces recherches étant satisfaisantes, ils ont pu démontrer une validité discriminante intéressante avec ces échelles. Les items sur le coping émotionnel sont le plus souvent ajoutés aux items du COPE (voir ci-dessus) ou du Brief COPE afin de proposer un facteur séparé des stratégies de coping émotionnel.

3.8 Le Coping Strategies Questionnaire

Alors qu'un outil qui mesure le coping de manière exhaustive serait l'objectif visé par la plupart des outils, surtout en ce qui concerne la recherche, on a souvent besoin que l'outil ne mesure que des stratégies saillantes et pertinentes au niveau clinique. Par ailleurs, on note un besoin croissant actuellement en psychologie de mesurer l'efficacité des modes thérapeutiques, et ceci avec des outils pointus et rapides. Le Coping Strategies Questionnaire (CSQ) est un outil qui propose un portrait très clinique des stratégies utilisées par le patient et il permet d'évaluer les changements à travers le temps au niveau des choix des stratégies.

L'outil original, élaboré par Rosentiel et Keefe (1983), a été largement critiqué parce que les qualités psychométriques n'étaient pas suffisantes pour certaines sous-échelles et aussi parce que sa longueur (42 items) ainsi que la formulation des items posait problème pour les patients. De plus, il existe peu d'accords quant aux facteurs dérivés par des études différentes sur l'élaboration originale du CSQ (Robinson *et al.*, 1997 ; Swartzman *et al.*, 1994 ; Tuttle *et al.*, 1991 ; Riley *et al.*, 1999 ; Riley et Robinson, 1997). Ces problèmes ont été traités par Harland et Georgieff (2003) dans une étude dont l'objectif était l'achèvement d'un outil rapide et simple à coter, avec des applications cliniques convenables.

Leur analyse des 42 items originaux a donné lieu à une réduction radicale du nombre d'items ainsi que l'identification d'une nouvelle structure factorielle ayant des qualités psychométriques très satisfaisantes (corrélations supérieures à .40 pour chaque item ainsi que des alphas de Cronbach

supérieurs à .70). Les 23 items retenus sont cotés sur une échelle Likert de 7 points et s'organisent dans quatre facteurs : la tendance à voir les choses de manière dramatique (« catastrophiser » ; 6 items) ; la diversion (6 items) ; la réinterprétation (6 items) et le coping cognitif (5 items).

Cette solution factorielle élégante est proche d'autres études (Tuttle *et al.*, 1991 ; Swartzman *et al.*, 1994 ; Robinson *et al.*, 1997) et les corrélations avec d'autres construits (la douleur, l'incapacité et l'affect négatif) ont été significatives avec le premier facteur. Des corrélations inverses ont été retrouvées avec le coping cognitif et l'incapacité et la dépression. La nouvelle version du CSQ propose un outil rapide et efficace, surtout pour l'utilisation dans les situations cliniques individuelles ainsi que pour l'évaluation du coping dans les situations telles que la douleur chronique. Il existe une version française du CSQ comportant 21 items regroupés selon cinq facteurs : la distraction, la catastrophisation, la réinterprétation de la douleur, l'ignorance de la douleur et la prière (Irachabal *et al.*, 2008).

3.9 L'échelle du coping « flexible »

Nous avons déjà évoqué la qualité dynamique du coping lors sa définition et aussi en parlant de son intégration aux modèles du coping. Les mesures présentées ci-dessous restent sur une conceptualisation du coping selon des stratégies plutôt unidimensionnelles ; mais un nouvel outil cherche à rendre compte du coping en fonction de sa « fluidité » selon la situation et les ressources disponibles chez l'individu. Le Coping Flexibility Scale (Kato, 2012) a été élaboré non seulement dans un objectif de mieux rendre compte de cette fluidité mais aussi avec l'espoir de tester l'hypothèse de Cheng (2003) concernant la souplesse du coping (*coping flexibility*, présentée plus haut).

Afin d'élaborer cette échelle, Kato (2012) note que trois approches existent pour comprendre le coping « flexible ». L'approche dite « répertoire » propose que chaque individu possède une gamme de stratégies de coping (Roussi *et al.*, 2007) ; l'approche dite « variation » suggère que la stratégie peut être révisée selon la nature stressante de la situation ou bien le contexte de l'individu (Compas *et al.* 1988) ; et l'approche dite « justesse » dépend sur les changements notés dans l'évaluation de la situation stressante et implique un élément de contrôlabilité de la situation (Zakowski *et al.* 2001). Ces trois approches reviennent aux définitions proposées avant

concernant les différences selon l'individu et le contexte. Kato (2012) souligne qu'aucune de ces approches ne semble adéquate pour évaluer la flexibilité du coping, en grande partie car chaque approche est trop limitée.

Kato (2012) définit le coping flexible en tant que la capacité d'arrêter une stratégie inefficace pour mettre en place une stratégie alternative. Il souligne que cette définition nécessite deux processus distincts : évaluation et adaptation. La coping flexible que Kato propose affirme le coping en tant que processus et propose aussi l'ajout de la notion de « méta-coping » ; autrement dit la capacité d'adapter ses stratégies de coping. Méta-coping implique que l'individu peut mettre en place des stratégies de coping pour trouver des stratégies alternatives. Il rapproche le méta-coping aux notions d'accommodation et d'assimilation où ce premier aide l'individu à comprendre quand ses efforts sont inutiles, et où ce dernier lui permet de faire face au stress vécu tout en éliminant une stratégie de coping inefficace.

L'outil élaboré pour évaluer le coping flexible consiste en dix items cotés sur une échelle de Likert de 4 points allant de « tout à fait applicable » à « pas du tout applicable ». Cinq items mesurent le coping évaluatif, et cinq items mesurent le coping adaptatif. Les résultats présentés par Kato (2012) mettent en avant que la notion de coping flexible est distincte des stratégies de base (mesurées par le WCQ, ci-dessus). De plus, l'utilisation du coping flexible prédit un niveau de dépression très bas ; ce résultat met l'accent sur l'adaptativité du coping flexible selon la définition proposée par Kato.

Cet outil étant très novateur et original, il faut souligner que les premières études ont été réalisées au Japon (en japonais) ; les items sont présentés dans son travail en anglais mais n'ont pas encore fait l'objet de recherches empiriques. Cependant, le coping flexible semble orienter la mesure du coping dans un sens qui pourrait aider non seulement les chercheurs à mieux comprendre les enjeux entre le coping et l'adaptation, mais aussi aider les cliniciens à mieux cerner des objectifs thérapeutiques.

3.10 Les mesures spécifiques

Nous avons remarqué plus haut qu'il existe un certain nombre d'outils élaborés pour mesurer les stratégies utilisées dans une situation spécifique (comme la maladie) ou bien mieux comprendre les stratégies mises

en œuvre dans des situations communes (les relations dans les couples, l'enfance, l'adolescence, la maladie, etc.).

Il serait impossible d'en fournir ici une liste, mais le lecteur peut facilement les retrouver en consultant les bases de données sur la littérature en psychologie.

3.11 Mesurer le coping : est-ce possible ?

Le coping, difficile à définir et à prédire, s'avère encore plus difficile à mesurer. Cela dit, dans la mesure où une étude est bien précisée et orientée, il est possible de mesurer les réactions des individus face à des situations spécifiques, et l'on peut examiner la relation entre les stratégies de coping et d'autres variables au travers des questionnaires. Il est capital de considérer attentivement les mesures utilisées, afin d'en interpréter correctement les résultats.

Les critiques des tests de coping sont nombreuses. Le plus souvent, elles émanent des auteurs d'une échelle concurrente. Néanmoins, mesurer le coping propose des solutions communes à toutes les échelles.

Le concept du coping est théoriquement fondé sur les réactions comportementales et cognitives de la personne. Ces réactions, surtout celles qui sont cognitives, sont impossibles à observer. Avec les mécanismes de défense, un clinicien peut les percevoir et identifier certaines défenses mises en œuvre par la personne, alors qu'il n'est pas facile d'observer le coping. Même face à une réaction que l'on pourrait classer comme une stratégie spécifique, il n'est pas évident que cette stratégie soit mise en place dans ce but. Par exemple, une personne pourrait demander de l'aide pour résoudre un problème. On peut classer cette stratégie comme une recherche de soutien, mais si cette personne est experte dans le domaine des difficultés, la stratégie serait plutôt, dans ce cas, une tentative pour résoudre un problème.

Du coup, ce n'est que le sujet qui pourrait nous informer sur ses propres stratégies de coping. Mais la façon dont l'individu rapporte (auto-évaluation) des stratégies de coping est « contaminée » par des biais importants. Les chercheurs connaissent depuis longtemps les avantages et les désavantages

de l'auto-évaluation (Ericcson et Simon, 1980 ; Sherbourne et Meredith, 1992). En particulier, on note les difficultés présentées par les processus défensifs ainsi que les biais tels que la désirabilité sociale, l'acquiescement et les réponses extrêmes (Ptacek *et al.*, 1994). La capacité de se souvenir des stratégies est fortement dépendante de la mémoire, or on sait que la mémoire épisodique est très précaire. Smith *et al.* (1999) ont démontré, dans une série d'études, que la plupart des individus n'étaient pas capables de fournir une description précise et complète des stratégies utilisées dans une situation spécifique. Leurs études ont confirmé que le passage du temps a un effet néfaste sur le souvenir, et que des variables parasites, comme par exemple de nouveaux stressors, peuvent intervenir.

De même, il peut exister une différence importante entre la perception, les cognitions et les comportements pendant un épisode stressant et le rappel de ces attitudes par l'individu plus tard. Nous avons déjà cité le passage du temps ayant un effet à ce niveau, mais il faut aussi considérer le résultat final de la situation stressante. Par exemple, des recherches démontrent que les individus ont une tendance systématique à biaiser leurs souvenirs afin de garder une attitude positive envers eux-mêmes. Ainsi, si la situation se résout de manière positive, l'individu sera fier de lui-même et il se rappellera de manière sélective son utilisation des stratégies orientées vers le problème. Un résultat négatif en revanche donnera lieu à une attitude négative envers la stratégie qui s'est révélée inefficace (Ptacek *et al.*, 1994).

À part ce manque de collaboration entre l'utilisation réelle des stratégies et le souvenir de cette utilisation, il faut aussi se demander quelles stratégies sont mises en avant par l'auto-évaluation. Ptacek *et al.* (1994) proposent au moins trois possibilités : l'individu se rappellera la stratégie le plus souvent utilisée dans le passé ; l'individu peut choisir de ne parler que la stratégie utilisée au moment où le stress était le plus intense ; ou bien le souvenir des stratégies sera influencé par celle qui a été utilisée au début (effet primauté) ou à la fin (effet récence) de l'épisode stressant.

Un autre problème associé à l'auto-évaluation est la désirabilité sociale, notion définie par Crowne et Marlowe (1964) : les personnes qui répondent aux questionnaires sont fortement influencées par la pression sociale à répondre de manière « correcte ». Or, les stratégies de coping étant adaptatives et aussi mal adaptatives, on est en droit de se demander si les réponses aux questionnaires reflètent la gamme complète des stratégies véritablement

prises en œuvre par la personne. L'utilisation des drogues ou de l'alcool, par exemple, serait peut-être mal vue, et l'individu aurait des difficultés à admettre de tels comportements.

Pourtant, l'auto-évaluation reste une option appropriée quand le phénomène observé se trouve à un niveau caché. Les chercheurs en coping dépendent des outils d'auto-évaluation car seul l'individu a accès à ses processus internes (Ptacek *et al.*, 1994).

À part les difficultés liées à l'auto-évaluation, les échelles sont confrontées à des problèmes de construction et d'élaboration. De même que pour les définitions de base du coping, les chercheurs ne sont pas d'accord sur la meilleure méthode pour créer les échelles. Nous avons évoqué les préférences des uns et des autres pour la théorie ou pour l'empirisme, mais certains auteurs privilégient un mode intermédiaire (rationnel et empirique) pour créer les outils. Ces différences aboutissent rapidement à la confusion.

Alors que les modèles présentés ci-dessus représentent une innovation importante dans la conceptualisation du coping, l'existence de ces modèles complexes illustre une autre facette de la difficulté intrinsèque à la mesure du coping. Dans plusieurs cas, la similitude entre les construits ainsi que la relation entre les variables proches rendent la situation encore plus compliquée car les chercheurs n'emploient pas nécessairement les mêmes termes pour toutes ces notions.

Une autre confusion est générée par l'ambiguïté des items. Cette ambiguïté pourrait être le résultat de la formulation de l'item, avec des mots qui auraient un sens différent pour chaque personne. Carver *et al.* (1989) fournissent un bon exemple provenant du WCQ : « J'ai fait quelque chose que je pensais ne pas devoir marcher, mais au moins j'ai fait quelque chose. » Comme ces auteurs l'indiquent, on ne sait pas si c'est le fait de faire quelque chose ou bien le fait de penser que cela ne marcherait pas qui est le plus important.

Une autre ambiguïté a été présentée précédemment, lorsqu'on ne sait pas vers quel type de stratégies un item spécifique s'oriente. L'exemple donné était : « J'ai demandé de l'aide de quelqu'un. » Alors que l'aide d'un proche peut s'avérer utile (recherche de soutien social), l'aide d'un expert peut l'être aussi (recherche d'information).

Stone *et al.* (1991) ont résumé les difficultés de la plupart des échelles en examinant trois problèmes : le domaine, la période et la clé de réponses. Les auteurs suggèrent que le domaine du problème, c'est-à-dire son contexte, est important, car certaines stratégies ne sont pas applicables à tous les domaines. Du coup, les items n'ont pas une applicabilité pour tous les problèmes. La période pose aussi problème, car, pour les échelles où le sujet doit répondre concernant une période précise, on ne sait pas si le sujet répond concernant ses réponses immédiates, ou bien des stratégies mises en place bien plus tard, parfois des semaines après. De ce fait, les stratégies mesurées ne sont pas égales, et des variables non contrôlées interviennent, car la période pourrait être très longue. Enfin, la clé de réponses rend difficile l'interprétation des réponses. Puisque la plupart des outils utilisent une échelle Likert, il n'est pas évident de savoir exactement ce que la personne veut dire quand elle répond, par exemple, « parfois » ou « souvent » : le seuil sera évidemment différent pour chaque personne.

Ces critiques, valables au demeurant, ne signifient pas pour autant que les mesures de coping soient inutilisables. Ces dernières années ont vu l'arrivée des outils plus performants et multidimensionnels qui rendent non seulement un meilleur portrait du coping mais aussi ajoutent à la compréhension de cette notion complexe.

Contrairement aux mécanismes de défense, dans le domaine de l'évaluation du coping, il n'existe pas d'entretien semi-structuré ni d'échelle d'évaluations utilisables pour la cotation des entretiens, ni de tests permettant l'évaluation des processus de coping, ni d'échelles de cotation pour les tests projectifs. Cette carence reflète l'absence de connexion entre la recherche sur le coping et la clinique. Ce manque rend compte, en grande partie, des insuffisances psychométriques démontrées de la plupart des questionnaires d'évaluation du coping. Leur amélioration nécessiterait la confrontation à un entretien semi-structuré et à une échelle de cotation de référence, sans lesquels une validation de construit reste aléatoire.

Chapitre 7

Études empiriques



Sommaire

1. Coping, sexe et âge	227
2. Coping et personnalité	231
3. Adaptation psychosociale et santé.....	234
4. Coping et psychopathologie.....	237
5. Coping et interventions thérapeutiques	242

Le coping a connu un intérêt croissant depuis son apparition, dans les années soixante. La recherche sur le coping est vaste ; nous allons en résumer les grandes lignes comme cela a été fait précédemment pour les mécanismes de défense.

1. Coping, sexe et âge

Les différences entre les individus quant à leur âge ont été la source de nombreuses recherches en coping. Étant donné que la notion de coping est issue de l'étude des mécanismes de défense, il est parfois difficile de séparer la notion de coping de ses origines. Les études longitudinales sont peu nombreuses ; la plupart n'examinent pas le coping comme une notion à part des mécanismes de défense. Nous avons vu que l'âge avait une influence sur les mécanismes de défense, car les personnes âgées ont tendance à témoigner d'une maturité plus importante, qui est reflétée par le choix des mécanismes qu'elles emploient. Ces résultats sont difficiles à appliquer au coping, étant donné les différences entre les concepts.

Plusieurs études transversales ont cherché à déterminer les différences entre les stratégies de coping utilisées selon les tranches d'âge. Billings et Moos (1981) n'ont pas trouvé de différences significatives, chaque âge ayant une manifestation hétérogène de types de stratégies employées. Quayhagen et Quayhagen (1982) ont mis en évidence que les personnes âgées avaient tendance à utiliser une approche émotionnelle, alors que les autres groupes adoptaient une approche plutôt centrée sur le problème. De leur côté, les plus jeunes adultes semblaient chercher de l'aide pour faire face à leurs difficultés.

Folkman *et al.* (1987) ont trouvé que la recherche de soutien était plutôt présente chez les jeunes, contrairement aux personnes plus âgées, qui privilégiaient à la fois une approche fondée sur une prise de responsabilité et une approche logique avec une acceptation de la situation. Blanchard-Fields et Irion (1987) ont expliqué que les jeunes adultes avaient une approche centrée sur l'émotion, alors que, avec l'âge, les individus manifestaient plus de stratégies centrées sur le problème. Folkman *et al.* (1987) ont mis en avant que les personnes âgées semblaient sous-estimer leur efficacité de soi ainsi que leur soutien social disponible, ce qui aurait un effet négatif en tant que variable médiatrice sur le coping chez l'individu âgé.

On voit donc que les chercheurs ne sont pas totalement d'accord sur l'influence de l'âge sur le coping. Alors que certaines études soulignent que les personnes jeunes ont recours à des stratégies centrées sur l'émotion, d'autres démontrent une utilisation des stratégies centrées sur le problème. Il en est de même pour les résultats concernant les adultes plus âgés.

Cette confusion pourrait être due aux problèmes déjà cités concernant les mesures de coping. Puisque ces types de coping se chevauchent selon l'outil, il est difficile de savoir si ces résultats sont fiables.

Zeman *et al.* (2002) notent que la relation entre coping et âge est plus complexe chez les enfants. Ils suggèrent qu'il faut considérer au moins quatre aspects de l'émotion : la conscience de ses propres émotions et la capacité d'identifier ces émotions ; le contrôle exercé au niveau de l'expression des émotions (inhibition et exagération) ; les stratégies employées afin de réguler le vécu émotionnel. Leurs recherches démontrent que les enfants qui n'arrivent pas à identifier leurs émotions ni à les inhiber ont tendance à internaliser leurs symptômes. La capacité de faire face à leur propre colère est liée à l'expression adaptée de leurs symptômes.

Une relation d'une complexité semblable a été retrouvée chez les personnes âgées. Kraaij *et al.* (2002) ont trouvé que les personnes âgées qui utilisaient des stratégies telles que la rumination, l'acceptation et la « catastrophisation » démontraient plus de symptômes dépressifs que les individus ayant recours à la réévaluation positive.

Il est possible aussi que les interprétations soient insuffisantes pour certaines de ces études. Comme nous l'avons évoqué plus haut, Stanton (2000) avait supposé que le coping centré sur l'émotion était plutôt adapté, selon l'interprétation que l'on pourrait avoir de ce genre de stratégie. Il est possible que les personnes âgées démontrant cette tendance dans certaines études témoignent d'une maturité et d'une auto-acceptation qui leur aient permis une expression plus honnête de leurs émotions.

McCrae (1989), dans une étude longitudinale mais sur une période de temps court (sept ans), a trouvé que le coping restait stable pour les mêmes personnes – le style utilisé à temps 1 était encore valide à temps 2, sept ans plus tard. Nous avons également vu plus haut que l'utilisation du coping évitant était non seulement liée à la dépression dans un premier temps mais

était aussi prédicteur du vécu des événements stressants 4 ans plus tard, et par la suite des symptômes dépressifs 10 ans plus tard (Holahan *et al.*, 2005). Du coup, quand le coping s'avère inadapté (évitant) ceci peut prédire le stress et la dépression à long terme.

On peut donc avancer que les stratégies ne sont pas nécessairement dépendantes de l'âge de la personne et préciser que la recherche dans ce domaine est encore peu avancée. Comme Strack et Feifel (1996) le proposent, en plus des difficultés méthodologiques et d'interprétation, il faut aussi considérer les différences culturelles et environnementales qui auraient une influence sur chaque génération. Par exemple, les personnes ayant vécu la guerre de 1939 auraient des attitudes différentes des jeunes d'aujourd'hui qui n'ont jamais connu la guerre. Ces attitudes auraient sûrement une influence importante sur les stratégies de coping. De même, les différences de personnalité et de tempérament ont aussi un effet important sur le coping.

Dans une étude qui cherchait à établir la fiabilité du rappel des stratégies de coping, Todd *et al.* (2004) ont démontré que les individus avaient une bonne capacité à se souvenir à la fin d'une journée du type de stratégies employées ; mais lorsqu'on leur demandait de parler de leur « style » de coping, ceci n'était pas forcément en relation avec leur choix quotidien de stratégies. Il semblerait alors, étant donné les résultats de cette étude, qu'un individu puisse parler objectivement des stratégies utilisées par lui pendant une période précise, mais qu'il ait du mal à reconnaître avec précision ses préférences globales en matière de coping.

Plus récemment, les approches des différences de coping dues à l'âge ont ciblé les bases essentielles dans le développement cognitif et émotionnel qui auraient une influence importante sur les stratégies de coping tout au long de la vie. Diehl *et al.* (1996) suggèrent que cela dépasse le cadre d'une approche simplement fondée sur l'âge : plus les individus développent des capacités complexes concernant leurs affects, la réflexion et la différenciation entre soi et autrui, plus ils ont tendance à utiliser des stratégies de coping adaptatives. Ces auteurs notent aussi que ces changements peuvent, en outre, donner lieu à des capacités améliorées de distorsion et de défense. Il semblerait donc que l'âge puisse avoir un effet soit positif, soit négatif, selon l'individu, son expérience, sa personnalité et ce qu'il choisit de faire avec ses capacités propres. Cette stabilité a été retrouvée dans une étude plus récente (Trouillet

et al. 2009) qui a testé un modèle intégrant d'autres variables ainsi que les stratégies de résolution de problème et le coping émotionnel.

Alors qu'il est difficile de trouver un effet de l'âge sur le coping, lorsqu'on considère le sexe, des différences nettes se manifestent entre les hommes et les femmes.

Il est important tout d'abord de noter que l'estimation du vécu stressant n'est pas la même pour les deux sexes. Hoyenga et Hoyenga (1979) ont remarqué justement que « les femmes et les hommes ne sont pas bouleversés de manière égale par les événements, et le bouleversement n'a pas le même effet sur les hommes et les femmes » (p. 336). De même, il est souvent reconnu que les femmes vivent les événements comme plus stressants que les hommes et que leur perception de ces événements s'avère plus négative (Matud, 2004).

Il n'est pas surprenant donc que les stratégies diffèrent entre les sexes étant donné cette différence de vécu et de perception. Les différences notées entre les sexes auraient non seulement des origines dans la culture et l'éducation mais aussi dans la biologie, étant donné que les poussées hormonales liées au stress sont différentes selon le sexe (Matud, 2004).

Au niveau psychologique du coping, Labouvie-Vief *et al.* (1989) ont trouvé que dans l'enfance et l'adolescence, jusqu'au jeune âge adulte, les hommes s'orientaient plutôt sur l'externe, lorsqu'ils avaient à gérer un conflit. Les femmes, en revanche, sont de plus en plus enclines à s'orienter vers leur vie interne, par l'évitement, et aussi à chercher le soutien auprès des autres. Face au conflit, les femmes auraient tendance à se blâmer, alors que les hommes invoqueraient une raison externe pour expliquer le problème.

Cette polarisation précoce dans la vie diminue avec le temps, les hommes et les femmes mobilisant de plus en plus de stratégies diverses au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Selon Labouvie-Vief (1994), cette polarisation précoce serait due à une vulnérabilité différente selon le sexe, les garçons ayant tendance à l'agression et à des problèmes de conduite, et les filles étant plus sujettes aux troubles émotionnels. Avec l'âge donc, cette vulnérabilité diminue et les différences sont moins marquées.

Une méta-analyse de 50 études sur le coping et les différences entre les sexes a mis en avant que les femmes étaient plus susceptibles de faire appel

au soutien social, se parler de manière positive, et de ruminer plus longtemps sur les événements stressants (Tamres *et al.*, 2002).

Si l'âge en soi ne semble pas avoir un effet clair sur le coping, le développement différencié pour les hommes et les femmes montre que ces deux groupes adoptent des stratégies préférentielles, et que cela varie avec l'âge et la maturité.

2. Coping et personnalité

Encore une fois, la notion de personnalité est inextricablement liée à une conceptualisation du coping que nous avons présentée plus haut : l'approche « disposition ». En effet, la conceptualisation selon la disposition met en avant l'importance de la personne : son tempérament, ses idées, ses besoins, sa personnalité. Cette approche explique que les variables de personnalité influencent largement le coping. Certains traits ont été souvent mis en relation avec le coping : le névrosisme, l'optimisme, le perfectionnisme et le locus de contrôle, pour n'en suggérer que quelques-uns.

Le plus souvent, les traits du « grand cinq » (Big Five) de Costa et McCrae (1985) mesurés avec le NEO-PI sont étudiés en fonction du choix de stratégies de coping. Ces traits selon McCrae et Costa (1990) comprennent : l'ouverture à l'expérience, le caractère consciencieux, l'extraversion, l'agréabilité et le névrosisme. De nombreuses études ont établi des relations entre les stratégies de coping et les traits de personnalité (DeLongis et Holtzman, 2005 ; Lee-Baggley *et al.*, 2005).

Certaines études ont démontré un lien entre le névrosisme et un coping moins bien adapté (Endler et Parker, 1990 ; Costa et McCrae, 1990), surtout celles orientées sur l'émotion.

Une méta-analyse récente a démontré des liens faibles à modérés entre les stratégies de restructuration cognitive et de résolution du problème avec l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, le caractère consciencieux et l'agréabilité (Connor-Smith et Flachsbart, 2007). Ces mêmes auteurs ont trouvé un lien relativement fort entre le névrosisme et les stratégies de type évitant, notamment l'évitement et l'attention aux émotions négatives.

Lors de la discussion sur les modèles du coping, nous avons évoqué le rôle du perfectionnisme sur le coping en tant que processus de médiation. Le perfectionnisme est connu pour son impact négatif sur le ressenti de la détresse, mais les chercheurs distinguent au moins deux types de perfectionnisme; et il est connu que certains types de perfectionnisme ont une relation étroite avec la manifestation de la psychopathologie.

Cette relation entre la qualité, parfois adaptée, du perfectionnisme et le coping a été mise en avant par O'Connor et O'Connor (2003). Leur travail démontre qu'un perfectionnisme excessivement critique de l'individu lui-même l'amène à adopter des stratégies moins adaptées; mais que le perfectionnisme orienté vers autrui peut s'avérer plus adapté car les standards élevés auront pour résultat la recherche de soutien auprès des individus qui démontrent aussi des attitudes et des stratégies adaptées.

Ces travaux ont été confirmés par Dunkley *et al.* (2003), qui ont trouvé que les perfectionnistes ayant une attitude hautement critique envers eux-mêmes adoptaient des stratégies particulièrement mal adaptées, et qu'ils n'arrivaient pas à mettre en œuvre des stratégies centrées sur la résolution de problème.

Carver *et al.* (1993) ont démontré que l'optimisme était associé à des stratégies de coping plutôt positives (réestimation/recadrage et acceptation positive) et qu'il était moins lié aux stratégies moins adaptées (dénier et désengagement). Il paraît que la relation entre l'optimisme et le coping serait influencée par l'expérience de la détresse – l'optimisme semblerait atténuer le vécu de la détresse.

Le locus de contrôle est la croyance que l'individu pourrait avoir un effet ou bien un contrôle sur la situation. Notre discussion sur la contrôlabilité a illustré l'importance de la perception du contrôle sur le coping. La croyance que l'on peut ou non contrôler la situation a donc une grande influence sur le coping. Dans un résumé sur les recherches dans ce domaine, Valentiner *et al.* (1994) ont conclu qu'un locus externe était plutôt associé à des approches de coping émotionnel, alors qu'un locus interne était plutôt associé à des approches orientées sur le problème.

Néanmoins, cette relation n'est pas nécessairement si transparente. Pour certains chercheurs, d'autres traits de personnalité, notamment la maîtrise,

l'auto-efficacité, la robustesse, etc., seraient en relation avec un locus interne, et donc associés à un coping adapté (Holahan et Moos, 1987). Une étude récente portant sur la relation entre la personnalité (« grand cinq ») et l'auto-efficacité a démontré que cette dernière pouvait jouer un rôle médiateur entre la personnalité et la perception du stress (Ebstrup *et al.*, 2011).

On peut également interroger cette relation entre coping et personnalité à l'envers comme certains auteurs l'ont suggéré récemment (Geisler *et al.* 2009). Étant donné que des relations entre les traits de personnalité et le coping ont été retrouvées dans plusieurs études, ces auteurs ont cherché à établir si la personnalité pouvait être comprise selon les stratégies employées par l'individu ; c'est-à-dire, le coping pourrait-il servir comme un type de diagnostic de l'adaptativité de la personnalité ? Les auteurs ont réalisé une étude qui comprenait non seulement les résultats d'autoquestionnaires mais aussi des observations du tiers des participants. Les résultats de cette étude ont démontré que la perception des traits de personnalité chez les participants par les observateurs pouvait prédire, et refléter, les relations déjà établies entre personnalité et coping.

La relation entre le coping et la personnalité est vivement discutée. Certains chercheurs croient à la liaison entre les deux, d'autres insistent sur l'incompatibilité entre les deux, notamment Lazarus. La controverse entre les approches « disposition » et « contexte » s'est, quant à elle, atténuée, car la plupart des chercheurs trouvent cette différenciation trop simpliste. En effet, les modèles que nous avons présentés démontrent la complexité des différentes variables qui interagissent pour donner lieu à une réponse de coping.

L'argument de Lazarus (1990) repose sur la variabilité innée au comportement humain. Selon lui, la variabilité des réponses serait contradictoire avec la structure de la personne, les traits de personnalité qui sont inchangeables selon certaines théories de la personnalité. Lazarus insiste sur le fait que les approches qui prennent en compte la structure de la personne ne peuvent pas expliquer les processus et les changements impliqués dans le comportement face au stress.

Le point de vue de Lazarus est contesté par d'autres qui voient l'intérêt d'examiner les traits en fonction des comportements. Comme Kline (1993) le propose, la personnalité serait la somme des traits qui pourraient déterminer le comportement de la personne. Par ailleurs, beaucoup de recherches

dans le domaine de coping se sont fondées sur l'identification de ces facteurs de disposition afin de décrire le style de coping de la personne. Il semblerait alors que ces deux concepts soient inextricablement liés, malgré le débat qu'ils suscitent.

Afin de répondre à cet argument, Krohne (1993) propose un point de vue qui relie ces deux extrêmes. D'abord, il avance que les notions de processus (comportements) et de structure (personnalité) sont d'ordre différent. Alors que les processus peuvent être observés et que l'on peut identifier une régularité dans leur déroulement, leur existence implique l'existence d'un système ou bien d'une structure. Le système (ou structure) serait plutôt stable ou instable, mais il ne faut pas confondre la notion de stabilité avec celle de statique, c'est-à-dire sans aucun changement. De même, Block (1971) suppose que la configuration et la connexion entre les variables de la personnalité fournissent un système dynamique qui opère dans la personne.

La stabilité inhérente à la structure donne lieu à l'identification des processus qui sont, eux, reproductibles. De cette manière, même une série de comportements qui semblerait, à première vue, en isolation, instable, serait plutôt stable lorsque lesdits comportements sont considérés dans une série. Krohne suggère ainsi qu'il faudrait identifier la structure des règles que la personne suit dans son adaptation, qui serait fonction de sa personnalité.

3. Adaptation psychosociale et santé

La santé est inextricablement liée à la notion du coping par le biais du stress. Le stress peut résulter de problèmes de santé auxquels la personne doit faire face. C'est pourquoi le stress est souvent considéré comme l'origine des problèmes de santé. Bruchon-Schweitzer (2001) conçoit le stress et le coping en tant qu'« antécédents » et « médiateurs ». Les antécédents comprennent tout ce qui pourrait ajouter à la vulnérabilité de la personne, ou bien la renforcer (type de personnalité, traits, etc.). Les médiateurs comprennent les « transactions plus ou moins fonctionnelles mises en place par les individus face à des contextes spécifiques », dont le coping est une notion importante.

La maladie a des caractéristiques qui ont un effet sur le coping. Par définition, la maladie n'est pas contrôlable, et les diagnostics sont souvent

incertains (Devins et Binik, 1996). Nous avons déjà souligné l'impact que la contrôlabilité peut avoir sur les stratégies de coping. En dehors de la rupture importante que la maladie a sur la vie, elle peut s'accompagner d'un handicap, de la dépendance (même temporaire) et de stigmates (dans certaines maladies comme le sida). Ces difficultés peuvent être vécues comme traumatisantes et elles auront un effet important sur la psyché de la personne.

Bruchon-Schweitzer (2001) propose un récapitulatif des facteurs environnementaux et dispositionnels qui figurent dans l'équation santé-coping. Elle souligne l'importance de la vulnérabilité liée à certains aspects de l'environnement : les caractéristiques sociodémographiques, les événements de vie aversifs et le réseau social. Les recherches menées ces dernières années mettent en évidence l'impact que certaines de ces caractéristiques peuvent avoir – on sait que les individus ayant vécu un événement de vie aversif sont plus vulnérables à la maladie. Mais comme c'est le cas pour le coping, le contexte ne peut pas tout expliquer en ce qui concerne la maladie, il faut aussi considérer la disposition de la personne.

Certaines caractéristiques sont considérées comme soit fragilisantes, soit renforçantes face à la maladie. Bruchon-Schweitzer (2001) explique que certains styles de vie à risque (par exemple, le type A et le type C), ainsi que certains traits pathogènes (par exemple, l'hostilité, le névrosisme, la dépression et l'anxiété) peuvent fragiliser la robustesse de la personne ; en revanche, d'autres sont plutôt protecteurs contre la maladie, comme par exemple l'endurance, le contrôle, l'optimisme, l'auto-efficacité perçue, le sens de la cohérence, le « grand cinq » et l'affectivité positive.

Il est important de noter que nous avons démontré plus haut l'importance de la plupart de ces caractéristiques par rapport à un coping efficace. La relation entre la maladie, le stress et le coping est très complexe. On peut dire que le coping, voire un coping inefficace, peut figurer dans l'apparition des maladies, mais aussi que le coping peut, par ailleurs, aider la personne dans son adaptation à la maladie. Nous verrons plus tard les effets des interventions thérapeutiques sur le coping et le type d'intervention que l'on peut proposer aux personnes qui font face à la maladie.

Certains chercheurs avancent que le modèle de coping classique (Lazarus, Folkman) serait inadéquat pour comprendre le coping face à la maladie

chronique (Maes *et al.*, 1996). Aux facteurs énumérés par Bruchon-Schweitzer (2001), ils ajoutent d'autres facteurs importants impliqués dans le coping face à la maladie chronique : l'estimation de l'événement, l'estimation des ressources internes et externes, etc. Ils notent que cette relation compliquée entre le coping et la maladie chronique serait aussi affectée par le type de maladie. Les stratégies utilisées pour faire face ne sont pas identiques selon la maladie.

Tableau 7.1 – Catégories de stratégies utilisées dans le coping face à la douleur (d'après Katz *et al.*, 1996)

	Stratégies cognitives	Stratégies comportementales
Coping attentionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Voir les choses de manière tragique (<i>catastrophize</i>) • La prière/l'espoir • L'imagerie positive • L'inoculation du stress • Les affirmations • La réévaluation • L'autoblâme • L'attention à la douleur • La rationalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • L'hypnose • Le conditionnement opérant • La modélisation • L'exercice • La recherche d'attention • L'expression émotionnelle • La recherche d'informations • La recherche de soutien social
Coping évitant	<ul style="list-style-type: none"> • Le détournement de l'attention • Ignorer les sensations douloureuses • La prise de distance • Le déni • Prendre ses désirs pour des réalités • La minimisation de la menace • La dissociation • La suppression 	<ul style="list-style-type: none"> • Le repos/la relaxation • La prise de médicaments • Regarder la télévision • Les loisirs • La réduction des activités • L'augmentation des activités • L'isolation

Les maladies chroniques typiques, telles que l'asthme, le cancer, le diabète, l'arthrite et la maladie coronaire, ont des aspects tellement différents qu'il n'est pas possible de prévoir un coping efficace pour tout. Par exemple, les maladies comme l'asthme et le diabète, qui nécessitent un changement dans les habitudes quotidiennes, ne sont pas comparables au cancer ou à la maladie coronaire, qui, tout en ayant des répercussions profondes sur le quotidien, sous-tendent une confrontation avec la mort.

Le coping avec la douleur chronique se rapproche du coping avec la maladie. La maladie peut être la cause de la douleur chronique, mais parfois un individu vivra avec une douleur chronique sans en savoir la cause. Plusieurs questionnaires existent pour évaluer les stratégies mises

en place pour faire face à la douleur. Katz *et al.* (1996), dans une revue de la littérature, catégorisent ces stratégies selon qu'elles sont cognitives ou bien comportementales, attentionnelles ou évitantes (*cf.* tableau 7.1). Les études récentes démontrent des liens entre les types de stratégies du coping mises en place pour faire face à la douleur chronique avec la dépression, et l'anxiété; pour une lecture exhaustive des études et concepts, il convient de consulter O'Reilly (2011).

4. Coping et psychopathologie

Nous avons vu que le coping était une notion étroitement liée à l'adaptation psychologique positive de la personne. Cette manière de conceptualiser le coping avait laissé peu de place pour comprendre le coping en fonction de la psychopathologie, donc, depuis l'introduction du concept de coping, coping et psychopathologie avaient été étudiés la plupart du temps isolément. Ceci a changé ces dernières années comme nous l'avons vu plus haut, autant dans la définition de la mauvaise adaptation (souvent opérationnalisée comme la dépression et/ou l'anxiété) que dans la proposition des modèles du coping impliquant la dépression et l'anxiété comme indicateurs du coping inefficace.

Dans une étude précoce, Pearlin et Schooler (1978) ont trouvé que l'utilisation du coping adaptatif, comme par exemple les comparaisons positives ou bien l'autonomie, avait un effet positif sur le bien-être par la réduction du stress. Ils en ont conclu qu'un coping efficace était prédicteur d'une bonne santé mentale.

D'autres études ont soutenu la notion que le coping adapté était inversement associé à la psychopathologie (McCrae et Costa, 1986; Petrosky et Birkimer, 1991). De même, certaines études démontrent une association entre le coping mal adapté et un mauvais fonctionnement psychologique (Billings et Moos, 1981; Nowack, 1989).

La relation entre le coping et la psychopathologie est donc étroite. Nous allons étudier trois manifestations pathologiques en fonction du coping: la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité.

4.1 La dépression

Certains modèles du coping en font un médiateur entre un événement stressant et l'adaptation psychologique. La dépression serait dans cette conceptualisation une manifestation de non-adaptation. Comme nous l'avons vu, le coping centré sur l'émotion est souvent cité comme un coping moins adapté, sauf par Stanton *et al.* (2000), qui pensent que certains aspects de ce type de coping sont plutôt adaptés.

Même quand la dépression peut être comprise comme une manifestation normale selon certaines circonstances, on ne peut pas nier sa qualité pathologique. La dépression est une manifestation qui dépend de plusieurs facteurs selon l'individu. À part les facteurs déterministes connus dans la dépression, il faut aussi considérer la durée des symptômes. Alors que les symptômes typiques de la dépression sont connus, le rôle du coping dans cette manifestation l'est moins.

Certains chercheurs notent des stratégies de coping particulières en relation avec la dépression. Par exemple, les individus déprimés peuvent faire face par le biais de l'évitement, la décharge émotionnelle, la recherche de soutien, ou bien la tendance à prendre ses désirs pour des réalités (Coyne et Downey, 1991 ; Coyne *et al.*, 1981). Cette relation entre coping évitant et dépression a été plus récemment retrouvée dans une étude longitudinale mettant l'accent sur l'inadaptation impliquée par le coping évitant (Holahan *et al.*, 2005).

Chez l'adolescent, la dépression peut être liée à des facteurs comme les événements de vie négatifs, une vie de famille difficile à vivre et les troubles dans la relation parent-enfant (Chabrol, 2001). Comme c'est le cas pour les adultes, certaines stratégies de coping peuvent améliorer le vécu de la dépression ; par exemple les stratégies centrées sur le problème et la recherche de soutien et d'activités sociales. D'autres stratégies semblent aggraver la dépression comme la rumination, l'incapacité d'exprimer ses émotions et une attitude critique envers soi (Adams, 1984).

Les résultats concernant les différences entre les filles et les garçons quant au choix de stratégies sont mitigés. Certaines études suggèrent des préférences différentes au niveau de choix de stratégies de coping pour les deux sexes selon la manifestation ou non de la dépression (Lapointe et

Marcotte, 2000 ; Baron et de Champlain, 1986), alors que d'autres études ne démontrent pas de telles différences (Seiffe-Krenke, 1995).

Un problème majeur avec la recherche sur la dépression et le coping chez l'adolescent est que la mise en évidence des stratégies impliquées dans la manifestation dépressive ne permet pas de distinguer si les stratégies de coping sont le résultat de la dépression (comme par exemple le coping évitant) ou bien si les stratégies font partie de celles habituellement utilisées par l'individu, déprimé ou non (Catteau et Chabrol, 2005). De même, certaines études (Muris *et al.*, 2001) démontrent un manque d'utilisation de stratégies centrées sur le problème chez les adolescents déprimés ; cette fois encore, un manque d'activité et une incapacité d'agir peuvent être dus à la dépression elle-même ou bien à une préférence pour ce type de stratégies en général.

Nolen-Hoeksema *et al.* (1993) éclairent une autre facette du problème, en faisant émerger la notion de rumination. Alors qu'une expression émotive pourrait être adaptée, la tendance à ruminer sur la situation, à se focaliser sur sa détresse, serait plutôt mal adaptée. Cette tendance aura pour effet non seulement une détresse psychologique importante, mais elle empêchera aussi l'utilisation des stratégies fonctionnelles externes. La dépression en soi n'est pas nécessairement une réponse inadaptée, mais la tendance à ruminer qui l'accompagne le sera.

Cette relation entre la dépression, la rumination et le coping a été étudiée par Catteau et Chabrol (2005). Ils ont démontré que la rumination en relation avec le manque de stratégies centrées sur le problème serait prédictrice de l'intensité de la symptomatologie dépressive. Ceci est une des premières études à notre connaissance à mettre en évidence une relation prédictive entre ces variables.

Certains chercheurs mettent l'accent sur les biais cognitifs qui promeuvent le dysfonctionnement émotionnel (Matthews et MacLeod, 1994). Ces biais peuvent être simplement des pensées dysfonctionnelles, ou bien les indicateurs des tendances cognitives qui aboutissent à la dépression.

4.2 L'anxiété

Alors que la dépression représente une mauvaise adaptation, l'anxiété n'est pas nécessairement inadaptée. Certaines qualités de l'anxiété sont très adaptées, par conséquent, la relation entre le coping et l'anxiété n'est pas aussi claire. Alors que l'expérience de l'anxiété peut être désagréable, l'anxiété propose une vigilance et un éveil utiles pour trouver des stratégies afin de faire face (Summerfeldt et Endler, 1996). Cette qualité mitigée de l'anxiété est mise en évidence par Fuller et Conner, qui remarquent que les individus très anxieux utilisent la stratégie plutôt adaptée de la recherche de l'information et aussi la stratégie moins adaptée de la rumination.

Barlow (1991) a expliqué que les troubles de l'anxiété survenaient, lorsque l'appréhension anxieuse s'accroissait en anticipation de quelque chose qui pourrait arriver. Encore cette fois, nous voyons que les biais cognitifs ont sûrement une influence, mais il est nécessaire de considérer aussi les expériences précédentes de la personne. Barlow (1991) souligne que les expériences néfastes, surtout celles ayant peu de contrôlabilité, laissent la personne vulnérable à l'anxiété. Cette notion est encore plus approfondie dans les travaux de Seligman (1975) sur le *helplessness*.

Les cliniciens et les chercheurs s'intéressent de plus en plus à l'effet de la dépression sur le coping et comment, par la suite, le coping pourrait influencer la dépression. On peut avancer que la dépression pourrait laisser des traces psychologiques sur l'individu qui auraient une influence importante sur le choix de stratégies de coping à l'avenir. L'effet de la dépression pourrait inciter les individus à faire des évaluations cognitives erronées ou bien les prédisposer à l'utilisation des stratégies qui favoriseront la récurrence de la dépression (Tennen *et al.*, 2000).

4.3 Les troubles de la personnalité

Tandis que la recherche sur le coping dégage des relations entre le coping, l'anxiété et la dépression, en ce qui concerne les troubles de la personnalité, il existe très peu de recherches sur le coping en fonction de ces troubles. On peut néanmoins mettre en parallèle le coping et les troubles de la personnalité afin de discerner leur relation.

Selon Summerfeldt et Endler (1996), certaines qualités des troubles de la personnalité évoquent un coping mal adapté. Ces traits incluent la rigidité, l'instabilité et l'incapacité de réguler son émotion et d'accepter l'émotion d'autrui.

Une autre étude (Endler *et al.*, 1993) a démontré une relation positive entre le coping centré sur l'émotion et la psychopathologie; nous soumettons cependant que cette relation est trop simpliste car, comme nous l'avons vu, le coping centré sur l'émotion est en soi une attitude complexe, qui démontre des qualités adaptées et aussi d'autres mal adaptées.

Deisigner *et al.* (1996) proposent une interprétation plus nuancée de la relation entre la psychopathologie et le coping. Dans leur étude, ils ont identifié trois groupes distincts selon des symptômes du fonctionnement psychologique: un groupe ne montrant pas de symptômes liés à la psychopathologie, un autre groupe manifestant des symptômes de stress liés à l'anxiété, et un troisième groupe avec des symptômes pathologiques tels que la pensée idiosyncrasique, l'isolation sociale et l'impulsivité.

Les individus du premier groupe plutôt « normal » employaient moins de stratégies d'évitement que les deux autres groupes; de plus, ils avaient tendance à utiliser des stratégies comme la recherche de soutien social et l'expression émotionnelle, dans une moindre mesure que les individus anxieux mais plus souvent que les individus pathologiques.

Levental *et al.* (1993) expliquent que la relation entre les troubles de la personnalité et le coping n'est pas nécessairement à sens unique. Le coping (mal adapté) associé aux troubles de la personnalité peut être, en soi, une source de stress importante. L'incapacité de faire face amènera la personne dans un cercle vicieux où le coping induit une mauvaise adaptation, qui induit à son tour des stratégies encore moins adaptées, et ainsi de suite.

Le modèle du stress et coping et sa relation aux événements importants sont fondamentaux à considérer dans le contexte des troubles psychopathologiques.

Sandin *et al.* (2004) ont retrouvé une relation différenciée entre des événements de vie et les patients anxieux, déprimés ou hypocondriaques. Leurs travaux ont suggéré des associations entre les événements menaçants et la

manifestation de l'anxiété, entre les événements de perte et la manifestation de la dépression, et entre les événements liés à la santé et la manifestation de l'hypocondrie. Il apparaît alors que les expériences antérieures auraient une influence importante sur la perception de l'événement stressant, et évidemment sur le choix de stratégies de coping qui en découlent.

Le domaine de la relation entre le coping et la psychopathologie reste un domaine d'investigation prometteur dans l'avenir. Cela dit, il ne faut pas oublier que les racines du coping, c'est-à-dire la tendance à s'adapter par le fait de faire face, n'amènent pas forcément à une conceptualisation pathologique. Pourtant, le coping a une place importante dans les thérapies, en tant que symptôme et résultat d'une thérapie efficace.

5. Coping et interventions thérapeutiques

La plupart de thérapies psychologiques modifient d'une manière ou d'une autre les éléments impliqués dans l'ajustement mental de l'individu. Ces modifications ont souvent des répercussions positives sur le coping et le choix adapté des stratégies.

La recherche dans ce domaine cible les interventions précises concernant des problèmes et des populations spécifiques. Par exemple, des interventions qui ciblent spécifiquement les stratégies de coping ont vu une amélioration dans la capacité générale à résoudre les problèmes (Nezu *et al.*, 1986), une réduction de la douleur chronique (Hanson et Gerber, 1990), une meilleure collaboration aux traitements médicaux (Roter *et al.*, 1998), et une amélioration dans l'ajustement aux maladies chroniques (Devins et Binik, 1996).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont le plus souvent pour but d'améliorer le choix de stratégies et d'encourager un coping plus adapté. Les deux bases théoriques classiques des TCC proviennent d'Ellis (thérapie rationnelle émotive, 1994) et de Beck (thérapie cognitive comportementale, 1976). Même si l'on a gardé l'appellation « TCC », les deux types de thérapie sont toujours d'actualité. Globalement, le premier type engage le patient dans un débat actif afin de modifier son attitude, et le second encourage des vérifications empiriques des distorsions cognitives. Ces deux modalités sont souvent associées dans une même thérapie.

Selon la thérapie rationnelle émotive (PCER) d'Ellis (1994), les individus manifestent une pathologie lorsqu'ils retiennent des croyances irrationnelles. Ils sont troublés non parce qu'ils n'auront pas l'approbation d'autrui, mais parce qu'ils croient ne pas avoir cette approbation. Nous sommes nés avec la capacité d'être facilement influencés et avec un don pour la généralisation. Du coup, il est facile d'intégrer les croyances irrationnelles des autres. Le psychologue aidera un patient à agir contre ses croyances irrationnelles, parfois avec une force qui souligne que leur action est nécessaire afin de les modifier. Le psychologue doit aider le patient à se battre contre ses croyances irrationnelles. Le but d'une TCC ne serait pas de minimiser les sentiments du patient, mais plutôt de les maîtriser : quand un sentiment est adapté, il n'est pas nécessaire de le refuser, il faut plutôt l'accepter. Ce type de thérapie est particulièrement approprié pour aider une personne à trouver des stratégies plus adaptées et à changer les cognitions qui accompagnent sa détresse.

Pour le TCC de Beck (1976), la cible sera les distorsions cognitives : perfectionnisme, « tout ou rien » ou raisonnement dichotomique, inférence arbitraire, abstraction sélective, maximalisation, minimalisation, surgénéralisation, personnalisation, raisonnement émotionnel et clairvoyance, pour n'en nommer que quelques-unes – pour une discussion plus profonde de ces distorsions cognitives, voir André (1998), Cottraux (1998) et Cottraux (2001).

La recherche concernant les interventions thérapeutiques sur le coping indique que la thérapie peut avoir des effets importants sur l'amélioration du choix des stratégies dans une large gamme de troubles psychologiques (Hollon et Beck, 1994). Selon certains chercheurs, ces effets peuvent être améliorés par le choix de la thérapie en fonction de certaines qualités du patient (Beutler *et al.*, 1991). En travaillant sur une population de patients dépressifs, ces auteurs ont évalué le style de coping (externe ou interne), ainsi que le style de défense (plus défensif ou moins défensif) en fonction du type de thérapie (cognitive de groupe, autodirigée ou psychodynamique). Ils ont remarqué que les patients les moins défensifs avec un style de coping plutôt externe avaient eu une amélioration plus importante en thérapie cognitive de groupe. Les patients ayant un style de coping interne, et aussi moins défensif, ont vu leur état s'améliorer plus rapidement avec la thérapie autodirigée. Pour les patients défensifs, quel que soit leur style de coping, la thérapie autodirigée était la plus efficace.

Notons que ces dernières années, les thérapies dites de « troisième vague » faisant partie des TCC semblent s'orienter vers des changements profonds chez le patient (Chapelle *et al.*, 2011). Ces thérapies, notamment la thérapie de la pleine conscience (*mindfulness*) et la thérapie de l'engagement (acceptation et *commitment therapy*), semblent effectuer un changement de perception ainsi que de réaction chez l'individu. Ceci revient à ce qu'Ellis (1994) proposait dans son approche PCER comme un changement radical de philosophie chez le patient l'amenant à mieux s'adapter à sa vie.

Même si les TCC semblent avoir une efficacité impressionnante dans l'amélioration du style de coping, certaines critiques questionnent la recherche dans ce domaine. Peu de recherches ont ciblé le changement dans les stratégies de coping avec une méthodologie longitudinale. Du coup, même si les patients qui bénéficient des TCC démontrent dans un premier temps une meilleure adaptation, il est difficile de connaître l'impact à long terme. Une solution à ce manque de recherche a été proposée par Callahan (2012) avec le retour vers des recherches cliniques, plus qualitatives et orientées vers la compréhension plus exhaustive à petite échelle des effets des TCC.

Enfin, Coyne et Racioppo (2000) ont suggéré que la séparation entre la recherche fondamentale en coping et la recherche sur les interventions créait un fossé important entre les deux domaines, or, sans influence mutuelle, il est difficile de faire progresser les deux domaines de recherche. Selon eux, la recherche corrélationnelle en coping ne fournit pas forcément des pistes utiles quant à la création des interventions adéquates. Ils recommandent de focaliser plus de recherches sur des interventions thérapeutiques et d'élaborer des outils plus efficaces, avec une attention particulière pour la clinique, afin de mieux évaluer les interventions. Comme c'est le cas pour beaucoup de domaines en coping, la recherche sur les interventions thérapeutiques sera sûrement un but important pour les chercheurs dans un avenir proche.

Partie 3

**Vers une approche intégrative
des mécanismes de defense
et des processus de coping**

Chapitre 8

**Approche intégrative
et théories sur l'organisation
fonctionnelle des mécanismes
de défense et des processus
de coping**



Sommaire

1. Une approche dimensionnelle de la défense et du coping 249
2. Théories sur l'organisation fonctionnelle de la défense et du coping.... 253

1. Une approche dimensionnelle de la défense et du coping

Nous avons vu plus haut que les mécanismes de défense et les processus de coping pouvaient s'inscrire dans une dimension commune ou plusieurs dimensions allant du fonctionnel au dysfonctionnel.

1.1 La théorie de Haan

Haan (1969) a proposé un modèle « tripartite » du fonctionnement du moi constitué de différentes dimensions associant un mécanisme de coping, défini comme optimal, un mécanisme de défense, défini comme non optimal, et un type de défaillance du moi (*ego failure*).

Selon Haan, les mécanismes de coping ont comme principales caractéristiques d'être choisis, délibérés, flexibles, de prendre en compte la réalité actuelle, d'utiliser les processus secondaires de pensées et de permettre une modulation des affects perturbants et une expression modérée et contrôlée des pulsions.

Les mécanismes de défense sont involontaires, rigides ; ils déforment la réalité ; ils font intervenir les processus primaires de pensées ; ils impliquent l'attente d'une suppression magique des affects perturbants ; ils permettent une gratification pulsionnelle « par subterfuge ».

Mais il faut noter que cette distinction était présentée au moment où le coping était toujours une étude des défenses adaptées (Parker et Endler, 1996).

Les modes de défaillance du moi décrivent les processus caractéristiques des sujets psychotiques ou les réponses des sujets confrontés à un stress incontrôlable. Les défaillances du moi se manifestent par des comportements automatiques ; ils ne tiennent pas compte de la réalité, qui ne peut les influencer ; ils sont déterminés par les pulsions ; le sujet est débordé par les affects perturbants ; ces comportements permettent une gratification non modulée des pulsions.

Sous le terme de processus du moi (*ego processes*), Haan décrit 10 fonctions du moi associant des modes de coping, de défense et de défaillance spécifiques. Ces regroupements ont été établis sur une base rationnelle, par une réflexion théorique. Haan considérait qu'ils devaient être soumis à des investigations empiriques.

Pour Haan, ces processus du moi expriment une capacité sous-jacente, dont les manifestations – coping, défense ou défaillance – dépendent de l'état actuel du sujet et du contexte situationnel : « Ainsi, un sujet qui fait face en utilisant l'intellectualité se défendra probablement par l'intellectualisation, et si le stress interne ou externe est suffisant, la faillite des opérations du moi pourra se signaler par des néologismes, une salade de mots et un pédantisme excessif » (p. 20). Il prend également l'exemple du processus du moi appelé « sensibilité » qui sert à la compréhension des sentiments des autres et qui comprend, comme mécanisme de coping, l'empathie, comme mécanisme de défense, la projection et comme mode de défaillance, les idées délirantes. Le tableau 8.1 présente ces processus du moi.

Tableau 8.1 – Processus du moi : coping, défense et défaillances

Processus du moi	Mécanismes de coping	Mécanismes de défense	Défaillances
1. Discernement	Objectivité	Isolation	Pensée tangentielle
2. Détachement	Intellectualité	Intellectualisation	Néologismes, salade de mots
3. Symbolisation des moyens et des fins	Analyse logique	Rationalisation	Logique confabulatoire, autistique
4. Réponse différée	Tolérance à l'ambiguïté	Doute et indécision	Immobilisation
5. Conscience sélective	Concentration	Déni	Optimisme stupide
6. Sensibilité	Empathie	Projection	Idees delirantes, idées de référence
7. Renversement temporel	Régression au service du moi	Régression	Décompensation
8. Expression pulsionnelle	Sublimation	Déplacement	Obsédé par l'impulsion



Processus du moi	Mécanismes de coping	Mécanismes de défense	Défaillances
9. Transformation pulsionnelle	Substitution	Formation réactionnelle	Alternance de pulsions instables
10. Restriction pulsionnelle	Répression	Refoulement	Dépersonnalisation, amnésie

Les capacités sous-tendant les processus du moi correspondraient principalement à des styles cognitifs. Ces styles cognitifs pourraient «résulter d'aptitudes ou de déficiences innées ou d'expériences très précoces ayant des effets irréversibles» (p. 20). Haan considérerait que d'autres éléments que cognitifs pouvaient y contribuer dans des proportions variables selon les processus. Cette vision théorique appelle quelques réserves. D'abord, les termes utilisés pour dénommer les différents modes de coping, de défense ou de défaillance du moi ne sont pas définis opérationnellement et beaucoup apparaissent obscurs ou ambigus. Ensuite, les différents regroupements d'un mode de coping, de défense et de défaillance du moi, qui sont présentés comme autant de continuums, le long desquels peut se dégrader le fonctionnement du sujet confronté à des stress d'intensité croissante, ne sont pas justifiés théoriquement, ni illustrés par des exemples cliniques convaincants, alors que beaucoup peuvent apparaître artificiels ou bizarres.

Ce modèle du fonctionnement du moi n'a pas fait l'objet d'études d'évaluation et n'a pas été validé empiriquement. L'évaluation du modèle de Haan semblerait nécessiter une étude longitudinale où les sujets, après une évaluation de leurs mécanismes de défense et de coping dans une situation de vie ordinaire, seraient suivis et réévalués en cas de stress moyen ou majeur.

1.2 La théorie de Plutchik

Plutchik (1995) a postulé que les mécanismes de défense et les processus de coping étaient des dérivés des émotions de base: chaque mécanisme de défense inconscient et chaque mode de coping se seraient développés pour aider le sujet à faire face à une émotion particulière; les mécanismes de défense apparaissent dans la petite enfance ou l'enfance, alors que les modes de coping, conçus comme des stratégies conscientes de résolution de problèmes, s'acquièrent plus tardivement, résultant des expériences de la vie. Ainsi, «à chaque défense primitive et inconsciente du moi correspond un style de coping réaliste et conscient» (Plutchik, 1995, p. 26-27).

Le tableau 8.2 présente les 8 mécanismes de défense de base et les 8 « styles de coping » correspondants.

Tableau 8.2 – Les 8 mécanismes de défense
et processus de coping de base (Plutchik, 1995)

Mécanismes de défense	Coping
1. Refoulement, isolation (exclusion de la conscience d'une idée et/ou des émotions associées pour éviter des conflits ou des menaces pénibles).	Évitement (tentative de résoudre un problème en évitant la personne ou la situation supposée créer le problème, ou par « l'arrêt de la pensée », ou en détournant l'attention du problème).
2. Dénî (manque de conscience de certains événements, expériences ou sentiments qu'il serait pénible de reconnaître).	Minimisation (tentative de résoudre un problème en supposant qu'il n'est pas aussi important que d'autres le pensent).
3. Déplacement (décharge des émotions réprimées, habituellement la colère, sur des objets, des animaux ou des personnes perçus comme moins dangereux que la personne qui avait initialement suscité ces émotions).	Substitution (tentative de résoudre un problème en faisant une activité plaisante qui ne lui est pas liée; par exemple, réduire des tensions en usant de méditation, d'exercices physiques ou d'alcool).
4. Régression, passage à l'acte (repli sous l'effet du stress à des modes de gratification primitifs ou plus immatures).	Recherche de soutien social (demander l'aide des autres pour résoudre un problème).
5. Compensation, identification, fantasmes (développement d'une qualité dans un domaine pour compenser une faiblesse réelle ou supposée dans un autre).	Remplacement (résoudre un problème en améliorant une faiblesse ou une insuffisance de la situation ou du sujet).
6. Intellectualisation, sublimation, annulation, rationalisation (contrôle inconscient des émotions et des impulsions par une dépendance excessive à des interprétations rationnelles de la situation).	Recherche d'informations (obtenir le plus d'informations possible sur un problème avant de prendre une décision ou d'agir).
7. Projection (refus inconscient d'une pensée, d'un désir ou d'un trait de personnalité émotionnellement inacceptable et leur attribution à une autre personne).	Rejeter la responsabilité sur les autres (attribuer la responsabilité d'un problème à une autre personne ou au « système »).
8. Formation réactionnelle (prévenir l'expression de désirs inacceptables, en particulier sexuels ou agressifs, en développant ou exagérant les attitudes et les comportements opposés).	Renversement (résoudre un problème en faisant l'opposé de ce que la personne ressent; par exemple, sourire quand on se sent en colère).

À l'inverse de Haan, Plutchik (1995) ne met pas en avant un lien fonctionnel entre ces couples mécanismes de défense-processus de coping mais seulement un lien théorique : « Le concept de dérivés ne signifie pas que les différents domaines reliés soient identiques, ou même hautement corrélés l'un à l'autre... si un individu utilise fréquemment le refoulement comme défense, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il utilisera l'évitement comme mode de coping conscient » (p. 27). Le principal intérêt de cette théorie est de contribuer à suggérer la nécessité d'une étude conjointe de la défense et du coping. L'utilité clinique de cette théorie paraît limitée. Elle n'a pas fait l'objet de validation empirique.

2. Théories sur l'organisation fonctionnelle de la défense et du coping

L'organisation fonctionnelle de la défense et du coping est encore mal connue.

2.1 Défense et coping : la coalition du dedans et du dehors

La conception selon laquelle les mécanismes de défense se mobilisent contre les conflits internes, et les processus de coping contre les dangers externes est maintenant dépassée. Défense et coping s'adressent à la fois aux conflits et aux dangers internes et externes.

En outre, la dichotomie danger interne/danger externe est simpliste, négligeant la fréquence de la coalition du dedans et du dehors, où problèmes internes et externes entrent en résonance, des événements extérieurs venant confirmer les craintes internes : ainsi, une maladie grave d'un parent peut paraître une actualisation des souhaits de mort inconscients, ou un échec à un examen peut paraître confirmer à un jeune qu'il est condamné à rester dépendant et à se soumettre à l'emprise parentale. Plus banalement, dans la vie quotidienne de chacun, les conflits interpersonnels, les conflits de couple ou les conflits avec les enfants sont en interaction avec les conflits concernant les objets internalisés et les imagos parentales. Cette collusion du dedans et du dehors peut être accrue par l'intervention de mécanismes

de projection ou de déplacement. Elle suscite une mise en jeu complexe et interdépendante de mécanismes de défense et de processus de coping.

2.2 La conception classique : le coping précède la défense

Selon des auteurs comme Menninger (1963), Haan (1977) et Vaillant (2000), les mécanismes défensifs se mettent en place quand les processus de coping sont dépassés. Ce point de vue peut paraître assez simpliste et ne pas rendre compte de la diversité de fonctionnement de l'organisation défensive où défense et coping peuvent s'associer ou se succéder. Ainsi, on peut, en clinique, observer la mise en jeu concomitante de mécanismes de défense et de processus de coping : face à une situation externe difficile comme un travail important à accomplir, un sujet peut simultanément utiliser les modalités de coping centré sur le problème et un certain degré de déni de la difficulté de la tâche, lui permettant de s'y engager et d'éviter un découragement dissuasif ; un sujet peut simultanément user de projection, ce qui lui fait majorer un danger externe (par exemple, un conflit interpersonnel au travail) et utiliser le coping centré sur le problème pour y faire face. L'intervention des mécanismes de défense peut précéder celle du coping : un sujet peut d'abord recourir au déni pour se cacher un problème externe, puis, quand il ne peut plus le nier, passer à une modalité de coping centré sur le problème ; un sujet peut d'abord refouler un affect, puis le déplacer et alors user d'une modalité de coping centré sur l'émotion.

La précession de la mise en jeu du coping avancée par Menninger, Haan ou Vaillant semble se produire chez les sujets les plus fonctionnels disposant d'un répertoire de processus de coping adaptés. Toutefois, des mécanismes matures comme l'anticipation, la répression ou l'humour peuvent ici se manifester les premiers. Chez les sujets plus dysfonctionnels ou affectés d'un trouble psychopathologique, l'activation automatique des mécanismes de défense névrotiques ou immatures serait la première mesure défensive.

2.3 Une conception nouvelle : la défense précède le coping (Chabrol et Callahan, 2004)

Dans la première édition de cet ouvrage (2004), Chabrol et Callahan ont proposé un nouveau modèle intégratif séquentiel où la défense précédait

le coping. La clinique de la vie quotidienne suggère que, en règle générale, les mécanismes de défense s'activent automatiquement en présence d'une menace interne ou externe et sont la première opération défensive à intervenir. Si les mécanismes de défense n'ont pas éliminé toute perception de la menace, les processus de coping interviennent sur ce qui en reste perceptible après la modification que lui ont fait subir les mécanismes de défense. Selon ce modèle, les mécanismes de défense sont activés les premiers, les processus de coping sont mobilisés en second.

Kramer (2010) reconnaît la nouveauté et l'importance théorique et clinique de ce modèle intégratif de la défense et du coping, dans sa revue des relations entre défense et coping (« Coping and defense mechanisms: What's the difference? – Second act »): « Le modèle de Chabrol et Callahan (2004) [...] a plusieurs implications cliniques intéressantes » (p. 210).

Chez les sujets ayant le fonctionnement le plus adapté, la représentation d'une menace peut être augmentée par l'anticipation émotionnelle qui fera ressentir les implications affectives d'un problème à venir et facilitera la mobilisation des modes de coping appropriés. La perception de la menace peut être, au contraire, diminuée ou abolie par la répression qui intervient quand un problème ne peut être résolu sur le moment, et qui l'effacera de la conscience jusqu'au moment où le mode de coping approprié pourra être mis en jeu. Elle peut également être diminuée par l'humour, qui est un moyen puissant de relativiser un problème ayant comme conséquence une moindre mobilisation du coping.

Chez les sujets plus dysfonctionnels, les mécanismes de défense névrotiques ou immatures déforment sensiblement la réalité interne ou externe, les processus de coping plus ou moins inadaptés complétant l'action des mécanismes de défense en intervenant sur cette réalité modifiée :

- Un sujet peut projeter son agressivité sur une situation d'interaction sociale et, sous l'emprise de ses représentations négatives, répondre par une modalité de coping inadéquate par l'évitement, le repli ou la fuite, ou par des moyens de communication dysfonctionnels (soumission excessive, absence d'assertivité, manifestations de méfiance, attitudes de prestance, contre-attaque agressive), ou encore par des processus de coping adaptatifs comme l'affirmation de soi, la recherche de solution par la négociation.
- Un sujet peut dénier un problème et sa responsabilité dans ce problème, réagir aux reproches légitimes des autres en usant de projection, ou

d'omnipotence et de dévalorisation, et, face à cette représentation déformée du conflit interpersonnel, il peut utiliser des moyens de coping inadéquats qui ne feront qu'aggraver les tensions comme des moyens de communication agressifs (colère, contre-attaque, critiques injustifiées) ou des stratégies de résolution des problèmes négatives comme la planification d'une rétorsion.

En résumé, l'hypothèse que nous suggère la clinique est que, chez les sujets ayant un fonctionnement mental optimal, l'action préalable des mécanismes de défense adaptatifs prépare ou facilite l'intervention des modes de coping efficaces. Il s'effectuerait une synergie positive entre défense et coping. Au contraire, chez les sujets les plus dysfonctionnels, les mécanismes de défense névrotiques ou immatures produisent des représentations déformées de la réalité, bases de l'intervention de processus de coping inadéquats. La synergie entre défense et coping serait négative. Entre ces deux extrêmes, on peut envisager, le long d'un continuum de fonctionnalité, toute une gamme de réponses : l'effet de défenses inadéquates peut être en partie compensé par l'intervention secondaire de modalités de coping plus fonctionnelles ; l'effet de défenses moins dysfonctionnelles peut être amplifié par le choix de modalités de coping contre-productives.

Selon Kramer (2010), dans cette hypothèse séquentielle, « un lien conceptuel général est postulé en termes de synergie de la défense et du coping. Les mécanismes de défense facilitent ou entravent la réalisation du coping orienté sur les cognitions et les comportements. Le coping adaptatif peut être gêné par des mécanismes de défense immatures sous-jacents et potentialisé par des mécanismes de défense matures sous-jacents » (p. 210).

Ce modèle de la défense précédant le coping a été partiellement confirmé par une étude non publiée de 20 séances de psychothérapie utilisant une méthodologie d'observateur-cotateur indépendant de la retranscription des séances. Seulement 36 % des défenses cotées étaient suivies d'un processus de coping, alors que 64 % des défenses survenaient seules, n'étant pas immédiatement suivies par un processus de coping spécifique (Kramer, 2005).

Gouvernet *et al.* (2015) ont testé le modèle théorique de Chabrol et Callahan proposant une organisation fonctionnelle des mécanismes de défense psychique et les stratégies de *coping*, articulée autour d'une influence des défenses sur les *copings*. Quatre-vingt-quatorze jeunes adultes, étudiants,

ont complété la Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), le Defense Style Questionnaire (DSQ-40) et la Perceived Stress Scale (PSS14) mesurant la détresse perçue et la contrôlabilité perçue. Les résultats d'une analyse en pistes causales sont en accord avec le modèle intégratif de la défense et du *coping* de Chabrol et Callahan posant une intervention première des défenses. Ils mettent en évidence des relations entre les défenses et les *coping* médiatisées par la détresse perçue et la contrôlabilité perçue. Les processus d'influence des défenses sur les *copings* ne sont pas similaires selon que l'on considère les *copings* centrés sur le problème ou les *copings* émotionnels.

L'impact des défenses matures et immatures sur les *copings* centrés sur le problème est médiatisé par la contrôlabilité perçue. C'est en augmentant la perception du contrôle que les défenses matures favorisent une plus forte mobilisation des *copings* centrés sur le problème. Au contraire, c'est en réduisant la perception du contrôle que les défenses immatures entravent le recours aux *copings* centrés sur le problème. Les défenses névrotiques, en augmentant la détresse perçue, favorisent le recours à des *copings* émotionnels et évitants.

L'impact des défenses sur les *copings* émotionnels et évitants apparaît doublement médiatisé : si les défenses matures diminuent la mobilisation des *copings* émotionnels et évitants, c'est parce qu'elles renforcent la contrôlabilité perçue qui, à son tour, diminue la détresse perçue. L'influence des défenses immatures est inverse : en réduisant le contrôle, elles augmentent la détresse, favorisant l'activation des *copings* émotionnels et évitants.

L'existence d'une boucle rétroactive par laquelle les *copings* émotionnels et évitants peuvent renforcer les défenses immatures est en accord avec le modèle classique de l'influence du *coping* sur la défense.

Nicolas *et al.* (2017) ont étudié les relations temporelles des défenses et du *coping* en les mesurant avant et après une compétition sportive. Les défenses matures pré-compétitives prédisaient une augmentation du *coping* orienté vers le problème pendant la compétition alors que les défenses immatures pré-compétitives prédisaient l'augmentation du *coping* évitant pendant la compétition, ce qui est en accord avec le modèle de Chabrol et Callahan. Mais, le *coping* orienté vers le problème pré-compétitif prédisait une augmentation des défenses immatures lors de la compétition. Si les défenses précèdent le *coping*, le *coping* peut aussi précéder les défenses.

Ces résultats soutiennent la remarque de Gouvenet *et al.* sur « la nécessité d'intégrer les deux modèles d'organisation hiérarchique de la défense et du coping, afin de mieux comprendre la dynamique des processus d'adaptation psychologique dans leur entière complexité » (p. 409).

Gouvenet *et al.* soulignent les implications thérapeutiques du modèle de Chabrol et Callahan :

« Il apparaît désormais clairement pertinent pour le thérapeute de travailler conjointement sur les mécanismes de défense et les stratégies de coping sans assimiler ces deux catégories de processus. Tel travail implique de pouvoir les repérer dans leurs spécificités respectives. Une des cibles thérapeutiques déterminante consistera à comprendre le rôle que jouent les défenses sur les processus de construction du sens du réel pour les sujets afin d'optimiser leurs réactions adaptatives, essentielles dans la gestion du stress. »

La question de l'ordre d'intervention de la défense et du coping est importante par ses possibles implications thérapeutiques. Si les mécanismes de défense interviennent en général en premier, on ne peut pas se contenter d'améliorer le coping en négligeant les défenses. Sinon, les processus de coping, certes plus performants, risquent de se voir orientés vers des problèmes secondaires, dérivés, résultant de l'intervention des mécanismes de défense, alors que le problème initial restera négligé. L'apprentissage de modes de coping plus fonctionnels par les thérapies cognitives comportementales peut améliorer les problèmes créés ou aggravés par les mécanismes de défense, mais leur réactivation automatique peut maintenir ou relancer le problème ou en provoquer de nouveaux, tant que leur action n'aura pas été reconnue et modifiée ou que les conflits contre lesquels ils agissent n'auront pas été repérés et suffisamment aménagés.

2.4 L'avenir de la recherche

Des études qualitatives rigoureuses apparaissent nécessaires pour clarifier les relations entre défense et coping, ainsi que leur ordre d'intervention. Ceci est repris par Kramer (2010), qui met l'accent sur le manque de preuves empiriques pour comprendre les mécanismes de défense en termes de leurs différences et de leurs interactions.

Les recherches à l'avenir doivent s'appuyer sur une méthodologie convaincante, nécessitant la collaboration de plusieurs cliniciens : on peut, par exemple, envisager des entretiens semi-structurés psychodynamiques explorant les réponses à une situation de stress, comme un événement de vie ou l'une des situations de tension de la vie quotidienne. Les textes retranscrits de ces entretiens seraient évalués indépendamment par d'autres cliniciens, qui coterait les mécanismes de défense et les processus de coping, guidés par une liste de mécanismes et de processus de coping et leurs définitions opérationnelles, et qui évalueraient les séquences temporelles d'intervention de la défense et du coping. L'accord inter-évaluateurs serait calculé pour évaluer la fidélité de la cotation des mécanismes de défense, des processus de coping et de leurs séquences d'intervention. Kramer (2010) pose également que la recherche fondée sur les méthodes d'observation serait la mieux adaptée afin d'éviter des biais inhérents à ces domaines. Elle suggère d'étendre cette approche à des sujets suivant une psychothérapie.

Chapitre 9

**Études empiriques
de l'organisation fonctionnelle
de la défense et du coping**



Sommaire

1. Études utilisant des instruments mesurant à la fois défenses et coping.....	263
2. Études couplant une mesure des défenses et une mesure du coping.....	265
3. Implications cliniques et thérapeutiques.....	271

Quelques instruments ont été élaborés pour une approche globale de la défense et du coping. Ils ont été peu employés. Peu d'études ont utilisé conjointement un instrument de mesure des défenses et un instrument de mesure du coping dans le but d'évaluer leurs relations pour mieux comprendre l'organisation fonctionnelle globale de la défense et du coping.

1. Études utilisant des instruments mesurant à la fois défenses et coping

1.1 Les Coping and Defending Scales

Joffe et Naditch (1977) ont élaboré un instrument évaluant conjointement la défense et le coping, les Coping and Defending Scales. Il a été construit en sélectionnant les items du California Psychological Inventory et du MMPI, qui prédisaient la cotation, après entretien, des mécanismes de défense et de coping selon la conception de Haan (1967). Les Coping and Defending Scales, constituées de 377 items, peuvent fournir 3 types de scores : des scores de défense et de coping obtenus par la somme des items de défense et de coping faite séparément ; des scores pour le coping contrôlé, le coping expressif, les défenses structurées et les défenses primitives ; des scores pour chacun des 10 mécanismes de coping et des 10 mécanismes de défense proposés par Haan. Cette échelle a été utilisée dans quelques études qui ont donné des éléments en faveur de sa validité prédictive (Joffe et Bast, 1978 ; Vickers *et al.*, 1981, 1983). Une étude (Vickers et Hervig, 1981) a montré une faible convergence avec l'évaluation des défenses par le Defense Mechanism Inventory (DMI) et du coping par le Coping Operations Preference Enquiry (Schutz, 1967), résultat difficile à évaluer, car la validité de chacune de ces 2 échelles est mise en question (Cohen, 1987). Les CDS ne semblent plus employées. Une interrogation de la base psycINFO et Medline en 2017 ne retrouve pas d'étude empirique utilisant les CDS depuis 1987.

1.2 Le CODE

Le CODE (Eriksen *et al.*, 1997) est un instrument composé de l'Utrecht Coping List (UCL, Schreurs *et al.*, 1988) et d'une partie du DMI qui a montré

Ericksen *et al.* (1997) ont exploré la structure factorielle du CODE dans une population d'étudiants en psychologie (205 femmes, 80 hommes; âge moyen 21,2 \pm 3,2 ans). L'analyse factorielle en composantes principales a extrait 4 facteurs expliquant 65 % de la variance. Un facteur, le premier, était constitué uniquement de mécanismes de défense et deux facteurs, le second et le quatrième, uniquement de processus de coping. Seul un facteur regroupait des mécanismes de défense et de coping :

- le premier facteur, appelé « hostilité défensive », reflétait un style de faire face dirigé vers l'extérieur et marqué par la colère, l'hostilité et les passages à l'acte. Il consistait en deux regroupements défensifs du DMI, « se tourner contre l'objet » (expression directe ou indirecte d'agressivité dans une tentative de maîtrise des menaces externes ou internes) et « projection »;

- le deuxième facteur, nommé « coping orienté vers la maîtrise instrumentale », décrivait un mode de coping actif dirigé vers un but;

- le troisième facteur, dénommé « défenses cognitives », combinait deux regroupements du DMI, « jouer sur les principes » (falsification de la réalité en jouant des clichés, des truismes et des platitudes), qui explore une forme d'intellectualisation, et « renversement » (déli, refoulement et formation réactionnelle), ainsi qu'un processus de l'UCL, les « cognitions réconfortantes » (s'encourager, reformuler positivement la situation, relativiser un problème);

- le quatrième facteur, appelé « coping centré sur l'émotion », regroupait trois processus de l'UCL, « recherche de soutien social », « expression des émotions »

et « réponses palliatives » (modalité de coping évitant comme la recherche de distractions, essayer de se sentir mieux en fumant, en buvant ou en faisant de l'exercice physique).

Les auteurs concluent que les mécanismes de défense et les processus de coping se différencient dans des facteurs indépendants. Il faut toutefois noter que le troisième facteur, « défenses cognitives », rassemble des mécanismes de défense comme le déni, le refoulement et la formation réactionnelle, et des processus cognitifs, comme les cognitions réconfortantes, et la dimension « jouer sur les principes » du DMI. Ce facteur peut être interprété de deux façons : soit il suggère une liaison entre le coping cognitif et les mécanismes de défense du déni, du refoulement et de la formation réactionnelle, soit il suggère que le regroupement défensif « renversement » du DMI explore plus des processus cognitifs conscients que les mécanismes de défense qu'il est censé évaluer.

Ces facteurs ont été corrélés à 5 sous-échelles de l'Ursin Health Inventory (UHI, Ursin *et al.*, 1988) qui explorent les plaintes subjectives concernant la santé (sous-échelles « froid », « douleur », « allergie », « anxiété », « gastro-intestinal »). Cinq corrélations sur 25 seulement étaient significatives, avec des coefficients *r* de Pearson allant de 0,12 à 0,26, en valeur absolue. Les corrélations les plus élevées étaient négatives entre le « coping orienté vers la maîtrise instrumentale » et les sous-échelles de l'UHI, « douleur », « anxiété », « gastro-intestinal ». La plupart des plaintes concernant la santé se sont montrées indépendantes des modes de coping et de défense. Cette étude ne confirme pas le lien entre défense, coping et santé subjective.

une fidélité et une validité satisfaisantes. Le DMI n'explorant pas les défenses matures, cette étude ne peut apporter des renseignements sur les relations entre défenses matures et coping.

Drageset et Lindstrøm (2003) ont étudié les relations entre anxiété, défense et coping évaluées par le CODE chez des femmes attendant les résultats d'une biopsie pour suspicion de cancer du sein. Le niveau d'anxiété élevé était fortement et négativement corrélé au coping orienté vers la maîtrise instrumentale et aux défenses cognitives. Le coping centré sur l'émotion n'était pas significativement corrélé à l'anxiété. Les auteurs relèvent le rôle du coping actif dirigé vers un but (*coping instrumental*) même dans une situation où rien ne peut être fait. Une interrogation des bases psycINFO et Medline en 2017 n'a retrouvé aucune autre utilisation du CODE.

2. Études couplant une mesure des défenses et une mesure du coping

Erickson *et al.* (1997) ont évalué les défenses par le DSQ (Defense Style Questionnaire) et le coping par le Coping Responses Inventory-Youth Form (CRI-Youth, Moos, 1993) sur un échantillon de lycéens tout-venant de 12 à 19 ans (44 garçons, 37 filles, âge moyen 16,4 ans \pm 1,4 an). Ils ont utilisé une version à 59 items du DSQ explorant 19 mécanismes de défense (projection, agression passive, somatisation, déni, régression, annulation, inhibition, clivage, passage à l'acte, rêverie, refoulement, retrait, anticipation, affiliation, humour, sublimation, répression, formation réactionnelle et altruisme).

Une analyse en composantes principales, réalisée à partir des scores des 19 mécanismes, a produit 3 facteurs constitués : d'un facteur « défenses immatures » incluant entre autres la

projection, le déni, la régression, la somatisation et le refoulement, d'un facteur « défenses matures » regroupant répression, humour, affiliation, sublimation et anticipation, et d'un facteur « défenses prosociales » associant altruisme et formation réactionnelle.

Le CRI-Youth évalue les processus de coping en réponse aux événements de vie stressants chez les adolescents de 12 à 18 ans. Il est constitué de 48 items participant à 8 sous-échelles explorant 4 modalités de coping centré sur le problème (analyse logique, réévaluation positive, recherche de soutien et de guidance, résolution de problème) et 4 modalités de coping évitant (évitement cognitif, acceptation/résignation, recherche d'autres satisfactions, décharge émotionnelle).





L'adaptation psychosociale a été évaluée par le Global Assessment of Functioning (GAF, DSM-III-R, 1987), qui évalue le fonctionnement global du sujet sur un continuum allant de la maladie mentale à la santé. Les évaluateurs qui s'entretenaient avec les adolescents et cotaient le GAF ignoraient les réponses aux questionnaires. Les défenses immatures étaient corrélées positivement au coping évitant ($r = 0,32$; $p < 0,01$) et négativement au coping centré sur le problème ($r = -0,25$; $p < 0,05$). En revanche, les défenses matures et les défenses prosociales n'étaient significativement corrélées ni au coping évitant, ni au coping centré sur le problème. L'adaptation générale évaluée par le GAF était corrélée positivement aux défenses matures et négativement aux défenses immatures et au coping évitant. Aucune association n'a été identifiée entre l'adaptation générale, d'une part, et le coping centré sur le problème et les défenses prosociales, d'autre part. Une analyse de régression multiple évaluant la prédiction du GAF par les 3 facteurs du DSQ et les deux modalités de coping a trouvé qu'ils expliquaient une part modeste de la variance du score au GAF. Les défenses immatures, les défenses matures et le coping évitant étaient les seuls prédicteurs significatifs. Cette étude ne confirme pas le lien entre le coping centré sur le problème et la

qualité de l'adaptation psychosociale. Sa principale limite est un nombre de sujets insuffisant pour des analyses multivariées.

Hersoug *et al.* (2002) ont évalué le coping par l'échelle de Vitaliano *et al.* (Ways of Coping Checklist, WCCL, 1985) et les défenses par les indices globaux de fonctionnement défensif dérivés d'un autoquestionnaire, le DSQ, et d'une échelle de cotation des défenses à partir d'un entretien clinique, les DMRS (Defense Mechanism Rating Scales), ces deux indices allant de 1 (niveau le moins adaptatif) à 7 (niveau le plus adaptatif). Ils ont combiné les sous-échelles «coping centré sur le problème» et «recherche de soutien social» dans un score de coping adaptatif.

Les sous-échelles «coping évitant» et «se faire des illusions» (*wishful thinking*) ont été regroupées dans un score de coping inadapté. Les corrélations se sont opérées dans le sens prévu : les corrélations ont été positives entre les indices globaux de fonctionnement défensif et le score de coping adaptatif, et négatives entre les indices de fonctionnement défensif et le score de coping inadapté. Seule une corrélation s'est montrée significative, celle entre l'indice global de fonctionnement défensif dérivé du DSQ et le score de coping adaptatif ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Bouchard et Thériault (2003) ont utilisé le DSQ et une version abrégée du WCQ (Ways of Coping Questionnaire) pour évaluer les mécanismes de défense et les stratégies d'adaptation face aux difficultés conjugales chez 157 couples. Les relations entre les 3 dimensions du DSQ (défenses matures, défenses intermédiaires, défenses immatures) et les 3 dimensions du WCQ (recherche de soutien social, réévaluation positive/résolution de problèmes planifiée, distanciation/évitement) ont été étudiées. Les défenses matures étaient le plus fortement corrélées à la réévaluation positive/

résolution de problèmes planifiée chez les hommes ($r = 0,40$) comme chez les femmes ($r = 0,30$). Les défenses immatures étaient le plus fortement corrélées à la distanciation/évitement chez les hommes ($r = 0,30$) comme chez les femmes ($r = 0,42$). Une analyse factorielle confirmatoire a montré des indices d'ajustement satisfaisant pour un modèle à deux facteurs, un appelé « réponses adaptatives » regroupant les défenses matures, intermédiaires, la recherche de soutien social et la réévaluation positive/résolution de problèmes planifiée, l'autre appelé « réponses mal adaptatives » associant défenses immatures et distanciation/évitement. Les défenses immatures et la distanciation/évitement étaient liées négativement à l'ajustement conjugal chez les hommes ($r = -0,30$; $r = -0,24$) comme chez les femmes ($r = -0,33$; $r = -0,43$). Les composantes des réponses adaptatives étaient faiblement corrélées à l'ajustement conjugal.

Une étude (Callahan et Chabrol, 2004) a mesuré, chez 190 étudiants de psychologie, les mécanismes de défense et les processus de coping par la version à 40 items du DSQ et la version française du Brief COPE, qui est une échelle de 28 items composée de sous-échelles explorant 8 modes de coping : le désengagement, la distraction, le coping actif, la recherche de soutien social du partenaire et des amis, le recours à la religion, l'humour et l'usage de l'alcool et de drogues. L'analyse factorielle du DSQ-40 a produit 3 facteurs : un facteur « inhibition et évitement émotionnel », un facteur « immature » et un facteur « contrôle cognitif », regroupant principalement humour, sublimation, anticipation, répression et rationalisation. Le facteur

« inhibition et évitement émotionnel » était corrélé positivement à la dimension « désengagement » ($r = 0,15$; $p < 0,05$) et à la dimension « usage d'alcool et de drogues » ($r = 0,26$; $p < 0,05$), et négativement à la dimension « recherche de soutien social du partenaire » ($r = -0,18$; $p < 0,05$). Le facteur « immature » était corrélé positivement à la dimension « désengagement » ($r = 0,22$; $p < 0,01$), à la dimension « religion » ($r = 0,22$; $p < 0,01$), et à la dimension « usage d'alcool et de drogues » ($r = 0,31$; $p < 0,01$) et négativement à la dimension « coping actif » ($r = -0,17$; $p < 0,05$). Le facteur « contrôle cognitif » était corrélé positivement à la dimension « coping actif » ($r = 0,24$; $p < 0,01$) et à la dimension « humour » ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Comme les trois études précédentes, cette étude paraît suggérer une liaison entre coping et défense : le degré d'utilisation des modalités de coping adaptatif tend à être corrélé positivement à celui des défenses matures, et le degré d'utilisation des modalités de coping inadapté tend à être corrélé positivement à celui des défenses immatures. Toutefois, ces corrélations ne sont ni constantes, ni fortes. Ces corrélations peuvent être des artefacts liés au fait que les instruments évaluant le coping et ceux évaluant les mécanismes

de défense ont probablement des zones de recoupement explorant des processus communs. Ainsi, nous avons vu, dans la critique de la validité de façade du DSQ, que certains items censés explorer des mécanismes de défense paraissent, en fait, évaluer des processus de coping. Dans la mesure où les autoquestionnaires utilisés par toutes ces études conjointes des défenses et du coping explorent les manifestations accessibles à la conscience des mécanismes de défense, le risque de confusion entre l'évaluation des mécanismes de défense et celle des processus de coping est accru.

Grebot et al. (2006) ont utilisé le DSQ-40 et le WCCL (Ways of Coping Checklist) chez 184 étudiantes de première année de psychologie-sociologie. Leurs résultats confirment partiellement ceux de Callahan et de Chabrol car ils montrent l'existence de trois relations positives a) entre le coping «résolution de problèmes» et deux défenses matures («sublimation» et «anticipation»), b) entre les stratégies de coping évitant «évasion» et les défenses névrotiques et immatures, c) entre les stratégies de coping évitant «fuite-évitement» et certaines défenses immatures. «En ce qui concerne les correspondances théoriques entre les dérivés conscients des mécanismes de défense et les stratégies d'ajustement proposées par Plutchik, nos résultats confirment l'existence de certaines relations entre coping et défenses, à savoir entre la défense «déplacement» et les stratégies de coping

évitant («évasion» et «fuite-évitement»), entre les défenses «sublimation» et «annulation» et le coping «responsabilisation», entre la défense «refuge dans la rêverie» et les stratégies de coping actif «résolution de problèmes», «responsabilisation», sans oublier que la défense refuge dans la rêverie est assez fortement corrélée aux stratégies de coping évitant («évasion» et «fuite-évitement»). Certains regroupements de mécanismes de défense opérés par Plutchik sont mis en question dans la mesure où les défenses sublimation et annulation sont non seulement liées à des copings différents mais aussi que ces deux défenses appartiennent à des styles défensifs différents dans le questionnaire de styles défensifs (DSQ-40), puisque la sublimation est une défense mature tandis que l'annulation est une défense névrotique» (p. 323).

Le DSQ-40 et le WCCL ont également été utilisés chez 236 étudiantes pour évaluer les relations entre défense, coping et troubles de la personnalité mesurés par le Personality Disorder Questionnaire (PDQ-4+) (Chabrol et Callahan, étude non publiée). Une même échelle de réponse en 4 points a été utilisée pour le DSQ et le WCCL pour permettre une analyse

factorielle. Le point d'inflexion de la courbe des valeurs propres suggérait une solution à 7 facteurs qui expliquait 28% de la variance. La variance expliquée par chaque facteur variait de 5% à 2%. Dix items du DSQ n'étaient rattachés à aucun facteur, ce qui pourrait refléter les sens multiples possibles des items du DSQ.





Trois facteurs regroupaient des processus de coping : un facteur « coping centré sur le problème », constitué des items décrivant l'attitude la plus combative (l'item à la plus forte saturation était « J'ai insisté et je me suis battu pour ce que je voulais ») et aussi de deux items du DSQ, « Je suis fier de ma capacité à remettre les gens à leur place » et « Je n'ai peur de rien » ; un facteur « prendre ses désirs pour des réalités » ; un facteur « recherche de soutien social ».

Deux facteurs regroupaient principalement des mécanismes de défense : un facteur « défenses immatures » constitué des items du passage à l'acte, du clivage, de la projection et de la somatisation et d'aussi d'un item du coping évitant (« J'ai essayé de me sentir mieux en mangeant, en buvant, en fumant ou en prenant des médicaments ») ; un facteur « formation réactionnelle contre l'agressivité interpersonnelle » composé des items de la « formation réactionnelle », de l'« annulation » et d'un item du pseudo-altruisme (« Je prends plaisir à aider les autres et, si cela m'était enlevé, je me sentirais déprimé(e) »).

Deux facteurs regroupaient des mécanismes de défense et des processus de coping. Un facteur « déni ou évitement cognitif » était constitué des items du déni et de « J'ignore le danger comme si j'étais Superman » (censé explorer la dissociation, mais qui reflète plus souvent le déni) et de trois processus de coping (« J'ai fait comme si rien ne s'était passé » ; « J'ai tenté de tout oublier » ; « J'ai refusé de croire ce qui était arrivé »). Le deuxième facteur comprenait les items de la répression (« Je peux maîtriser mes émotions... », « Je suis capable de ne pas penser à un problème... »), les items censés explorer l'isolation (« On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments », qui

peuvent refléter un processus de coping où les émotions sont éprouvées mais le sujet ne les exprime pas, et « J'ai souvent l'impression de ne rien ressentir, alors que la situation semblerait justifier de fortes émotions », qui correspond mieux à l'isolation), mais aussi un item de l'humour (voir le côté amusant des choses), un item de la rêverie autistique (résoudre plus de choses dans ses rêves que dans la vie réelle), un item censé explorer la dissociation (« J'ai des dons particuliers qui me permettent de traverser la vie sans problème ») mais également deux processus de coping (« J'ai accepté mes émotions fortes mais je ne les ai pas laissées interférer trop avec les choses » ; « J'ai trouvé au moins deux solutions différentes au problème »). Ce facteur peut être appelé « maîtrise cognitive ».

Une analyse classificatoire hiérarchique a montré que les participants se classaient en 3 groupes principaux :

- un groupe caractérisé par un niveau modérément élevé des facteurs « Coping centré sur le problème » et « Recherche de soutien social », et par des niveaux faibles des autres facteurs ; ce groupe avait le score total au PDQ (considéré comme un indice global de dysfonctionnement de la personnalité) le plus faible ;
- un groupe caractérisé par un niveau élevé du facteur « Défenses immatures » et du facteur « Prendre ses désirs pour des réalités » ; ce groupe avait le score au PDQ le plus élevé ;
- un groupe caractérisé par un niveau élevé des facteurs « coping centré sur le problème », « maîtrise cognitive », « déni ou évitement cognitif », « formation réactionnelle contre l'agressivité interpersonnelle » et un niveau modérément élevé de « recherche de soutien social » et de « prendre ses désirs pour des réalités ».





Ce groupe avait un score au PDQ intermédiaire. Ce dernier groupe suggère que la composante active, «combattante», du coping centré sur le problème peut coexister avec des moyens de défense et de coping moins fonctionnels.

Une analyse de régression multiple a étudié les relations entre ces facteurs et le score total au PDQ, considéré comme un indice de dysfonctionnement de la personnalité. Les 5 facteurs expliquaient 43% de la variance du score total au PDQ. Le facteur «défenses immatures» avait la plus forte association avec le score du PDQ ($\beta = 0,43$, $p < 0,0001$), puis venaient le facteur «prendre ses désirs pour des réalités» ($\beta = 0,33$, $p < 0,0001$) et le facteur «formation réactionnelle contre l'agressivité interpersonnelle» ($\beta = 0,12$, $p = 0,01$), suggérant que plus la personnalité est perturbée, plus ces modes de défense et de coping sont utilisés (et

inversement). Le facteur «coping centré sur le problème» était lié négativement au score du PDQ ($\beta = -0,18$, $p < 0,001$), indiquant que plus la personnalité est perturbée, moins elle utilise le coping centré sur le problème (et inversement). Les copings «soutien social», «déni ou évitement cognitif», et «maîtrise cognitive» n'étaient pas liés significativement au dysfonctionnement de la personnalité. Cette étude suggère l'intérêt de l'étude conjointe des défenses et du coping ainsi que l'intérêt des défenses immatures et des défenses par formation réactionnelle. La plupart des items du DSQ contribuent à des facteurs constitués principalement de processus de coping, ce qui reflète le manque de spécificité des items du DSQ, dont la plupart peuvent décrire un dérivé conscient d'un mécanisme de défense, mais peuvent aussi correspondre à un processus conscient, éventuellement de coping.

Maricutoiu et Crasovan (2016) ont utilisé l'analyse en équations structurales pour comparer des modèles supposant l'indépendance du coping et des défenses et des modèles postulant des relations entre les deux concepts. Les résultats ont montré deux types de processus d'adaptation, faiblement corrélés et donc largement indépendants : une réponse active et adaptative, associant les défenses matures et les copings centrés sur le problème, l'émotion et la recherche du soutien social, et une réponse passive et inadaptée, combinant les mécanismes névrotiques, immatures et le coping évitant. Les auteurs remarquent que «coping et défenses pourraient être les facettes complémentaires des mêmes processus psychologiques» (p. 6).

Ces études sont encore insuffisantes pour évaluer les relations entre défenses et coping. D'autres études empiriques utilisant les méthodes d'analyse de données combinant des mesures de la défense et du coping plus adéquates sont nécessaires pour mieux comprendre les relations fonctionnelles entre défense et coping. Des études longitudinales sont nécessaires pour mieux comprendre les relations entre coping et défense d'une part, et santé, adaptation psychosociale et psychopathologie d'autre part.

3. Implications cliniques et thérapeutiques

Défense et coping constituent une composante majeure du fonctionnement psychique et une dimension importante de la personnalité. Les sujets présentant un trouble psychopathologique tendent à se caractériser par un style de défense et de coping qui semble relativement stable et qui détermine les réponses cognitives, affectives, comportementales et somatiques aux stress et aux conflits internes et externes. Les symptômes apparaissent assez largement à la manifestation de l'intervention et/ou des échecs du fonctionnement de la défense et du coping. Les sujets exempts de psychopathologie se caractérisent par un répertoire plus large et une utilisation plus souple, le plus souvent adaptée au contexte de ces mécanismes de défense et de coping. Défense et coping doivent faire maintenant l'objet d'une approche commune dans l'évaluation de l'organisation défensive et dans les thérapies visant à la modifier.

3.1 Une évaluation intégrée de la défense et du coping

En clinique, il paraît souvent utile d'évaluer conjointement les mécanismes de défense et les processus de coping pour parvenir à une approche plus globale des ressources et des faiblesses du moi face aux conflits et aux dangers internes et externes. L'évaluation diagnostique du fonctionnement de la défense et du coping s'impose comme l'un des axes majeurs de l'évaluation psychologique et psychopathologique. Elle insuffle une dimension psychodynamique à l'évaluation. Elle est l'intermédiaire nécessaire entre l'évaluation des symptômes et l'élaboration d'hypothèses portant sur les conflits et les difficultés, internes et externes, ainsi que sur leurs relations. Elle est donc un élément clé de la formulation diagnostique psychodynamique, qui est une hypothèse explicative des relations entre les symptômes et syndromes, le fonctionnement de la personnalité, l'histoire du sujet et les problèmes actuels internes et externes.

Cependant, les instruments dont dispose le clinicien ou le chercheur pour mesurer les mécanismes de défense et les processus de coping sont encore insatisfaisants. Il faut souligner deux faiblesses : celle des accords inter-instruments, en particulier pour les mécanismes de défense, d'une part, et celle des accords interjuges pour les instruments faisant intervenir un observateur externe, d'autre part. Les instruments actuels ne peuvent

pas être recommandés pour un usage clinique. Nous avons souligné le manque d'entretien semi-structuré dans les deux domaines qui reste un obstacle majeur à une évaluation fidèle et valide des mécanismes de défense et des processus de coping. Les questionnaires ou les tests projectifs, s'ils peuvent donner une orientation utile, sont très insuffisants. L'évaluation par un entretien clinique reste indispensable dans le diagnostic de l'organisation défensive, la discussion des indications thérapeutiques et l'organisation du traitement.

3.2 Une thérapie intégrative

La prise en compte simultanée des mécanismes de défense et des processus de maîtrise, quand ils sont mutuellement dysfonctionnels ou insuffisamment fonctionnels, qu'ils contribuent significativement à la souffrance du sujet et de son entourage et qu'ils font obstacle à son épanouissement, est une option thérapeutique à considérer. La thérapie cognitive analytique – tentative éclectique d'utilisation combinée des approches cognitive et psychanalytique – fournit un modèle qui peut être étendu à un travail cognitif de prise de conscience et de maturation des mécanismes de défense et des processus de coping, incluant l'apprentissage de nouvelles aptitudes à faire face comme une stratégie de résolution de problèmes, d'affiliation ou d'affirmation par expression des sentiments. Ihilevich et Gleser (1995) ont proposé un modèle de psychothérapie éclectique centrée sur la modification des modes de défense et de coping :

« Une fois que la relation thérapeutique est établie et que l'alliance thérapeutique est formée, le traitement devrait se concentrer sur l'identification et, si nécessaire, la modification des méthodes du patient pour faire face aux conflits internes et aux menaces perçues à l'extérieur. Ces méthodes incluent les efforts de résolution des problèmes, les habiletés de coping, et les mécanismes de défense inconscients... » (p. 239).

Ce travail visant à renforcer le moi n'est pas incompatible avec un travail suffisant sur les conflits intrapsychiques et leur dimension inconsciente. Tout au contraire, chez des patients fragiles, ce travail peut faciliter le travail sur l'inconscient, par le soutien au moi qu'il apporte. Ce n'est donc pas trahir la psychanalyse que de s'y intéresser mais, au contraire, servir l'extension de l'application de ses méthodes et chercher à en faire bénéficier plus de sujets,

en suivant une voie qu'avait montrée Freud, qui acceptait et même promouvait l'idée de mêler l'or pur de la psychanalyse au plomb de la suggestion. Ce n'est pas non plus dévier des thérapies cognitives-comportementales que de prendre en compte les mécanismes de défense qui peuvent être reformulés comme des processus automatiques ayant une forte composante cognitive.

Il s'agit là de rechercher des synergies, des effets de « potentialisation » entre des approches qui ont montré leur efficacité. Il ne faudrait pas qu'un dogmatisme stérilisant, au nom d'un respect fétichiste des écrits et de pratiques figées, continue à priver trop souvent les praticiens en formation et les sujets en souffrance d'une approche plus ouverte, plus flexible, plus soucieuse de s'adapter à la nécessité de personnaliser le traitement pour répondre aux besoins du sujet.

3.3 Les perspectives de recherche dans l'approche intégrative

Presque tout reste à faire dans le domaine de l'évaluation de l'organisation fonctionnelle de la défense et du coping. Étant donné l'insuffisance des instruments actuels, il semble qu'on ne puisse attendre que des réponses partielles et douteuses de l'utilisation conjointe d'une mesure des mécanismes de défense et d'une mesure des processus de coping.

Une première avancée serait de construire une échelle d'évaluation du fonctionnement de coping, avec une description « opérationnelle » des principaux moyens de coping, sur le modèle de l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV, afin de disposer d'un guide satisfaisant pour la cotation des données des entretiens cliniques. Une autre étape nécessaire aux progrès de la recherche serait d'élaborer un entretien semi-structuré d'évaluation des mécanismes de défense et des moyens de coping. L'association d'un entretien semi-structuré et d'une échelle de cotation devrait permettre de parvenir à un degré de fidélité et de validité satisfaisant.

Il restera également aux études empiriques, une fois que les instruments auront été suffisamment améliorés, à préciser les relations entre les mécanismes de défense et les processus de coping, et à dégager la structure vraisemblablement multidimensionnelle où ils s'organisent. Entretien semi-structuré et échelle de cotation pourraient être utilisés dans des études qualitatives des séquences temporelles d'intervention des mécanismes de

défense et des moyens de coping et de leurs effets. Dans un domaine aussi complexe et, finalement, aussi neuf, le préalable d'études qualitatives, répondant bien sûr aux règles méthodologiques du genre, est nécessaire pour repérer des fonctionnements complexes, obtenir des informations permettant d'affiner les instruments et d'en élaborer de nouveaux, et générer des hypothèses et de nouvelles voies de recherche, avant le retour à des études plus « systématiques ».

Dans le domaine des interventions thérapeutiques, la possibilité de combiner un travail simultané ou successif sur la défense et le coping, la possibilité d'associer les approches psychodynamique et cognitive restent largement à préciser. Les modalités de combinaison des interventions doivent être décrites, et leur efficacité à court, moyen et long terme devra être évaluée. La place des études qualitatives dans cette démarche s'avérera également importante.

Annexes

Items de l'Expanded Structured Interview (Hall *et al.*, 1998 ; trad. fr. Rachel Rodgers, Henri Chabrol, Stacey Callahan, 2005)

Bon ! Commençons !

1. Quel âge avez-vous ?

2. Avez-vous actuellement un emploi ?

Si non

Quel fut votre emploi précédent ?

Si non approprié

Que faites-vous quotidiennement ?

Pour les étudiants à temps plein sans travail rémunéré, passer directement à la question 5.

(a) Depuis combien de temps exercez-vous ce type d'emploi ?

(b) Qu'implique votre emploi (activité principale) ?

3. Êtes-vous satisfait de votre emploi (ce que vous faites) ?

Si non

Qu'est-ce qui pourrait vous satisfaire ?

Faites-vous quelque chose dans ce sens ?

(a) Qu'est-ce que vous aimez dans ce travail ?

(b) Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans ce travail ?

4. Votre emploi comporte-t-il des responsabilités ?

Si non

Absolument aucune ?

SI AUCUNE Passer à la question 4b.

- (a) De quoi êtes-vous responsable ?
- (b) Vous arrive-t-il de vous sentir en manque de temps ou sous pression ?
- (c) Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes sous pression ?
- (d) Est-ce que cela vous gêne ?
- (e) Comment y faites-vous face ?

5. Êtes-vous actuellement étudiant ?

Si non Passer à la question 8.

- (a) Depuis combien de temps êtes-vous étudiant ?
- (b) Qu'implique pour vous être étudiant ?

6. Êtes-vous satisfait d'être étudiant (de ce que vous faites) ?

Si non Qu'est-ce qui pourrait vous satisfaire ?

Faites-vous quelque chose dans ce sens ?

- (a) Qu'est-ce que vous aimez dans ce travail ?
- (b) Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans ce travail ?

7. En tant qu'étudiant, avez-vous des responsabilités ?

Si non Absolument aucune ?
Si aucune Passer à la question 7b.

- (a) De quoi êtes-vous responsable ?
- (b) Vous arrive-t-il de vous sentir en manque de temps ou sous pression ?
- (c) Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes sous pression ?
- (d) Est-ce que cela vous gêne ?
- (e) Comment y faites-vous face ?

8. Comment vous décririez-vous et votre façon d'interagir avec les autres ?

9. Êtes-vous marié ?

Si oui Comment vous décrirait votre époux(se) ?
 Comment décririez-vous votre époux(se) ?
Si non Avez-vous un partenaire ?

Si oui	Comment vous décrirait votre partenaire ? Comment décririez-vous votre partenaire ?
Si non	Comment vous décriraient vos amis ?

Comment décririez-vous vos amis ?

10. Vous décririez-vous comme étant poussé à réussir et ambitieux ou détendu et facile à vivre ?

Si marié/partenaire Est-ce que votre époux(se)/partenaire vous décrirait comme étant poussé à réussir et ambitieux ou détendu et facile à vivre ?

Si non :

- (a) Lesquels de ces termes utiliseraient vos amis pour vous décrire ?
- (b) Vous ont-ils déjà demandé de vous calmer ?
- (c) Vous ont-ils déjà demandé de vous secouer ?

11. Quels genres de choses vous rendent irrité ou en colère contre vous-même ?

Si rien	Rien du tout ?
Si rien	Passer à la question 12.

- (a) À quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?
- (b) Tous les jours ?
- (c) Une fois par semaine ?
- (d) Une fois par mois ?
- (e) Comment y faites-vous face ?

12. Quels genres de choses vous rendent irrité ou en colère contre les autres ?

Si rien	Rien du tout ?
Si rien	Passer à la question 12f.

- (a) À quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?
- (b) Tous les jours ?
- (c) Une fois par semaine ?
- (d) Une fois par mois ?

- (e) Comment y faites-vous face ?
- (f) Lorsque vous vous mettez en colère, est-ce que les personnes autour de vous s'en rendent compte ?
- (g) Comment montrez-vous votre colère ?
Vous arrive-t-il d'élever la voix ? de crier ? de rester silencieux ?
- (h) Vous arrive-t-il de dire des injures lorsque vous êtes en colère ?
- (i) Vous arrive-t-il de frapper sur votre bureau ?
Vous arrive-t-il de faire des choses comme claquer la porte, lancer des objets ?

13. Lorsque vous êtes en colère, le restez-vous pendant longtemps ?

14. Faut-il un événement important pour vous énerver ou vous mettez-vous facilement en colère ?

15. Comment cessez-vous d'être en colère ?

- (a) Pouvez-vous le décrire ?

16. Vous souvenez-vous d'un événement précis où vous vous êtes senti si en colère ou furieux que vous avez eu l'impression de « bouillir intérieurement » ?

- | | |
|----------|--|
| Si aucun | Vraiment aucun ? |
| Si non | Vous rappelez-vous un événement précis où vous vous êtes senti vraiment en colère ou furieux ? |
| Si rien | Vraiment aucun ? |
| Si non | Passer à la question 17. |

- (a) Qu'est-ce qui vous a tant bouleversé ?
- (b) Comment l'avez-vous géré ?
- (c) En y repensant maintenant, pensez-vous que ce qui est arrivé était vraiment si grave ?

17. Vous rappelez-vous un événement précis différent où vous avez éprouvé des émotions extrêmement intenses ?

- | | |
|--------|--|
| Si non | Vraiment aucun ? |
| Si non | Vous rappelez-vous un événement précis différent où vous avez éprouvé beaucoup d'émotion ? |

Si rien	Vraiment aucun ?
Si non	Passer à la question 18.

- (a) Qu'est-ce qui en vous a provoqué tant d'émotion ?
- (b) Comment l'avez-vous géré ?
- (c) En y repensant maintenant, que ressentez-vous au sujet de cette situation ?

18. Pensez-vous que vous vous poussez plus à réaliser les choses que la plupart des membres de votre famille et que vos amis ?

Si oui	De quelle façon vous poussez-vous plus ?
Si non	De quelle façon d'autres se poussent plus que vous ?

19. Ramenez-vous du travail chez vous ?

Si non	Rien du tout ?
Si rien du tout	Passer à la question 20.

- (a) À quelle fréquence ?
- (b) Y travaillez-vous vraiment ?

20. Avez-vous des enfants ?

Si oui	Lorsqu'ils avaient environ 6 à 8 ans, jouiez-vous avec eux à des jeux de société tels les jeux de cartes, de dames, ou le Monopoly ?
Si non	Imaginez que vous êtes en train de jouer à des jeux de société tels les jeux de cartes, de dames, ou le Monopoly avec des enfants âgés de 6 à 8 ans.

- (a) Faites-vous toujours exprès de les laisser gagner ?
- (b) Pourquoi (ou pourquoi pas) ?

21. Lorsque vous jouez avec des personnes de votre âge, jouez-vous pour vous amuser ou voulez-vous vraiment gagner ?

22. Y a-t-il un esprit de compétition dans votre emploi (activité principale) ?

Si non Vraiment aucune ?
Si aucune Passer à la question 22c.

- (a) Quel genre de compétition est-ce ?
- (b) Trouvez-vous cela agréable ?
- (c) Quel genre de compétition aimez-vous ?
- (d) Avez-vous l'esprit de compétition dans d'autres domaines – le sport par exemple ?

23. Étant étudiant, ressentez-vous un esprit de compétition ?

Si non Vraiment aucun ?
Si aucun Passer à la question 24.

- (a) Quel genre de compétition est-ce ?
- (b) Trouvez-vous cela agréable ?

24. Que ressentez-vous lorsqu'une voiture devant vous roule beaucoup trop lentement et que vous ne pouvez pas la dépasser ?

- (a) Vos passagers savent-ils que vous êtes énervé ?
- (b) De quelle façon le montrez-vous ?
- (c) Y a-t-il d'autres façons dont vous le montrez ?
- (d) Comment réagissez-vous ?
- (e) Marmonnez-vous ou râlez-vous à mi-voix ?
- (f) Klaxonnez-vous ?
- (g) Faites-vous des appels de phares ?

25. Si vous avez rendez-vous avec quelqu'un pour, disons, quatorze heures, serez-vous à l'heure ?

- (a) Êtes-vous mécontent si l'on vous fait attendre ?
- (b) Feriez-vous un commentaire ?
- (c) Que diriez-vous ?

26. Si vous voyez quelqu'un qui fait un travail plutôt lentement et que vous savez que vous pourriez le faire plus rapidement et mieux vous-même, vous sentez-vous impatient en l'observant ?

- (a) Interviendriez-vous pour le faire vous-même ?
- (b) L'avez-vous déjà fait ?

27. Quel aspect de votre emploi (activité principale), ou des personnes avec lesquelles vous êtes en relation au travail vous irritent le plus ?

- Si rien
- Rien du tout ?
- Si rien du tout
- Passer à la question 28.

- (a) Pourquoi cela vous irrite-t-il ?
- (b) Comment réagissez-vous ?
- (c) D'autres choses vous irritent-elles ?

28. Quel aspect de vos études ou des personnes avec qui vous allez en cours vous irrite le plus ?

- Si rien
- Rien du tout ?
- Si rien du tout
- Passer à la question 29.

- (a) Pourquoi cela vous irrite-t-il ?
- (b) Comment réagissez-vous ?
- (c) D'autres choses vous irritent-elles ?

29. Mangez-vous rapidement ?

- (a) Marchez-vous à une allure rapide ?
- (b) Lorsque vous avez fini de manger, aimez-vous rester à table à discuter ou aimez-vous vous lever et reprendre vos activités ?

30. Lorsque vous allez dîner le soir au restaurant et que vous trouvez huit à dix personnes devant vous attendant une table, attendez-vous ?

- (a) Combien de temps attendez-vous ?
- (b) Que faites-vous en attendant ?

31. Quels sont vos sentiments concernant les files d'attente à la banque, au supermarché, à la poste ?

- (a) Combien de temps êtes-vous prêt à attendre ?
- (b) Que faites-vous en attendant ?

32. Lorsque vous faites la queue pour acheter un billet pour un film que vous voulez vraiment voir, que ressentez-vous si quelqu'un vous passe devant sans attendre son tour ?

- (a) Comment réagissez-vous ?

33. Êtes-vous toujours pressé de poursuivre et de finir ce que vous avez à faire ?

34. Considérez-vous que vous êtes une personne sur la défensive ?

- (a) Pourquoi ?
- (b) Ressentez-vous le besoin de vous justifier lorsque les autres vous critiquent ?
- (c) Pourquoi ?

35. Avez-vous l'impression que le temps passe trop vite pour vous permettre d'accomplir toutes les choses que vous voudriez faire dans une journée ?

- (a) À quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

36. Faites-vous la plupart des choses en vitesse ?

37. Y a-t-il d'autres façons dont vous réagissez au stress que nous devrions savoir et que nous n'avons pas demandées ?

38. Qu'est-ce qui vous aide le plus à faire face au stress ?

Très bien, l'entretien est achevé. Merci beaucoup.

Items du DSQ-40 (Andrews *et al.*, 1993, trad. fr. Henri Chabrol et Anthony Sutter, 1996)

1. Je prends plaisir à aider les autres et si cela m'était enlevé, je me sentirais déprimé(e) (pseudo-altruisme).
2. Je suis capable de ne pas penser à un problème jusqu'à ce que j'aie le temps de m'en occuper (répression).
3. Je surmonte mon anxiété en faisant quelque chose de constructif et de créatif comme de la peinture ou du bricolage (sublimation).
4. Je suis capable de trouver une bonne raison à tout ce que je fais (rationalisation).
5. Je peux rire de moi-même assez facilement (humour).
6. Les gens ont tendance à me faire du mal (projection).
7. Si quelqu'un m'agressait et me volait mon argent, je préférerais qu'il soit aidé plutôt que puni (formation réactionnelle).
8. On dit que j'ai tendance à ignorer les faits déplaisants comme s'ils n'existaient pas (dénier).
9. J'ignore le danger comme si j'étais Superman (dissociation).
10. Je suis fier (fière) de ma capacité à remettre les gens à leur place (dévalorisation).
11. J'agis souvent impulsivement quand quelque chose me dérange (passage à l'acte).
12. Je tombe malade quand les choses ne vont pas bien pour moi (somatisation).
13. Je suis quelqu'un de très inhibé (dévalorisation).
14. Je tire plus de satisfaction de mes rêveries que de la vie réelle (rêverie autistique).
15. J'ai des dons particuliers qui me permettent de traverser la vie sans problème (dissociation).
16. Il y a toujours de bonnes raisons quand les choses ne marchent pas bien pour moi (rationalisation).
17. Je résous plus de choses dans mes rêveries que dans la vie réelle (rêverie autistique).
18. Je n'ai peur de rien (dénier).
19. Parfois je pense que je suis un ange, parfois je pense que je suis un démon (clivage).
20. Je me conduis avec agressivité quand on me fait de la peine (passage à l'acte).

21. J'ai toujours l'impression que quelqu'un de mon entourage joue le rôle d'un ange gardien (idéalisation).
22. Pour moi, les gens sont ou bons ou mauvais (clivage).
23. Si mon patron m'embêtait, je pourrais faire une erreur dans mon travail ou travailler plus lentement pour prendre ma revanche (agression passive).
24. Je connais quelqu'un qui est tout à fait honnête et juste (idéalisation).
25. Je peux maîtriser mes émotions, si les laisser paraître peut perturber ce que je fais (répression).
26. Je suis habituellement capable de voir le côté amusant des situations pénibles (humour).
27. J'ai mal à la tête quand je dois faire quelque chose que je n'aime pas (somatisation).
28. Je me surprends souvent à être gentil(le) avec des personnes contre qui j'ai de bonnes raisons d'être en colère (formation réactionnelle).
29. Je suis sûr(e) que la vie est injuste avec moi (projection).
30. Quand j'ai à faire face à une situation difficile, j'essaie d'imaginer comment ça va se passer et de prévoir les moyens pour m'en débrouiller (anticipation).
31. Les médecins ne comprennent jamais vraiment ce qui va mal pour moi (déplacement).
32. Après avoir défendu mes droits, j'ai tendance à m'excuser de m'être affirmé (annulation).
33. Quand je suis déprimé(e) ou anxieux, manger me fait me sentir mieux (déplacement).
34. On me dit souvent que je ne montre pas mes sentiments (isolation).
35. Si je peux prévoir que je vais être triste, je peux mieux faire face (anticipation).
36. Même si je me plains beaucoup, je n'obtiens jamais de réponse satisfaisante (agression passive).
37. J'ai souvent l'impression de ne rien ressentir, alors que la situation semblerait justifier de fortes émotions (isolation).
38. Me concentrer sur le travail en cours m'aide à ne pas être déprimé(e) ou anxieux(se) (sublimation).
39. Si je traversais une crise, je chercherais quelqu'un ayant eu le même problème (pseudo-altruisme).
40. Si j'ai une pensée agressive, je ressens le besoin de faire quelque chose pour la racheter (annulation).

Ways Of Coping Checklist (42 items)

Centré sur le problème (*problem focused*)

1. J'ai négocié ou fait des compromis pour obtenir quelque chose de positif de la situation.
2. Je me suis concentré sur quelque chose de bon qui pourrait résulter de la situation.
3. J'ai essayé de ne pas brûler les ponts derrière moi mais de me laisser une porte de sortie.
4. En tant que personne, j'ai changé ou évolué positivement.
5. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.
6. J'ai accepté l'issue positive la plus proche de ce que je souhaitais.
7. Je suis sorti(e) de cette expérience meilleur(e) que je n'y étais entré(e).
8. J'ai essayé de ne pas agir trop précipitamment et de ne pas suivre mes intuitions (*my hunch*, ma première idée).
9. J'ai changé quelque chose pour bien m'en sortir.
10. J'ai pris les choses une à la fois.
11. Je sais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts pour que ça marche.
12. J'ai trouvé au moins deux solutions différentes au problème.
13. J'ai accepté mes émotions fortes, mais je ne les ai pas laissées interférer trop avec les choses.
14. J'ai changé quelque chose en moi pour mieux faire face à la situation.
15. J'ai insisté et je me suis battu pour ce que je voulais.

Recherche de soutien social

1. J'ai parlé à quelqu'un pour me renseigner sur la situation.
2. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.
3. J'ai cherché l'aide d'un professionnel (médecin, psychologue...) et j'ai fait ce qu'il recommandait.
4. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose pour le problème.
5. J'ai demandé conseil à quelqu'un que je respecte et je l'ai suivi.
6. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.

Autoblâme

1. Je me suis fait des reproches.
2. Je me suis critiqué(e) ou je me suis fait la leçon.
3. Je me suis rendu compte que j'étais à l'origine du problème.

Prendre ses désirs pour des réalités (wishful thinking)

1. J'ai espéré qu'un miracle se produise.
2. J'ai souhaité être une personne plus forte, plus optimiste et plus énergique.
3. J'ai voulu pouvoir changer ce qui était arrivé.
4. J'ai souhaité pouvoir changer la façon dont j'avais réagi émotionnellement dans la situation.
5. J'ai rêvé ou imaginé un endroit ou un moment meilleurs que ceux où j'étais.
6. J'ai fantasmé sur la façon dont les choses pourraient se terminer.
7. J'ai pensé à des choses fantastiques ou irréelles (comme une revanche parfaite, ou trouvé un million d'euros) qui m'ont fait me sentir mieux.
8. J'ai souhaité que le problème disparaisse ou finisse d'une façon ou d'une autre.

Évitement

1. J'ai fait comme si rien ne s'était passé.
2. Je me suis senti(e) mal, parce que je n'avais pas pu éviter le problème.
3. J'ai gardé mes sentiments pour moi.
4. J'ai dormi plus que d'habitude.
5. Je me suis senti(e) furieux (se) contre les personnes ou les choses qui ont causé le problème.
6. J'ai tenté de tout oublier.
7. J'ai essayé de me sentir mieux en mangeant, en buvant, en fumant ou en prenant des médicaments.
8. J'ai évité la compagnie des autres en général.
9. J'ai évité que les autres se rendent compte combien les choses allaient mal.
10. J'ai refusé de croire ce qui était arrivé.

Glossaire

Alliance thérapeutique : relation de collaboration et de confiance entre le thérapeute et le patient.

Analyse de régression : méthode d'analyse permettant d'étudier les relations entre plusieurs variables indépendantes ou prédictives et une variable dépendante ou critère.

Analyse discriminante : méthode utilisée pour déterminer quelles variables distinguent deux ou plusieurs groupes.

Analyse factorielle : méthode d'analyse qui permet de dégager dans un questionnaire des dimensions plus ou moins indépendantes.

Catastrophisation (n.) ou catastrophiser (v.) : notion provenant des thérapies comportementales-cognitives qui illustre une tendance irrationnelle à voir les choses de manière tragique.

Consistance interne : degré d'homogénéité des items d'une échelle ou d'une sous-échelle.

Fidélité d'un instrument : la fidélité se réfère généralement à la constance de la mesure, à sa reproductibilité. Plusieurs éléments peuvent y contribuer : la fidélité test-retest, qui concerne la stabilité dans le temps ; la consistance interne ; la fidélité interjuges, qui désigne le degré d'accord entre cotateurs. La fidélité est indispensable à la validité d'une mesure.

Personnalité de type A : un individu caractérisé par l'agressivité, l'impatience, l'incapacité de se détendre et une tendance à se fixer des objectifs difficiles à réaliser.

Personnalité de type C : un individu caractérisé par des sentiments d'impuissance face à des difficultés, une incapacité à avouer et à verbaliser ses émotions, la répression de sentiments inacceptables (colère, hostilité, etc.) et l'évitement des conflits.

Validité concourante : elle est évaluée par le degré de corrélation de la mesure d'un concept avec une autre mesure du même concept déjà validée.

Validité convergente : elle est évaluée par le degré de corrélation de la mesure d'un concept avec un autre instrument mesurant un concept proche.

Validité de façade : pertinence des items d'une échelle

Validité discriminante : l'usage décrit par ce terme la capacité d'un instrument de mesure à distinguer des groupes distincts par des critères psychologiques ou psychopathologiques. En fait, le terme approprié est celui de validité critériée, le terme de validité discriminante devant être réservé à l'évaluation de la capacité d'un instrument de mesure d'un concept à ne pas être corrélé à la mesure d'un concept qui ne lui est pas proche.

Validité d'un instrument : capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. Y contribuent, en particulier, la validité de façade, la validité concourante, convergente et discriminante.

Bibliographie

- Agostini D. (2003). « L'identification projective dans le champ du transfert/contre-transfert », in F. Marty, P. Gutton et P. Givre (éds.), *Le Fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*, Publications de l'université de Rouen, p. 15-20.
- Akkerman K., Carr V.J., Lewin T.J. (1992). « Changes in ego defenses with recovery from depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634-638.
- Akkerman K., Lewin T.J., Carr V.J. (1999). « Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 80-87.
- Aldwin C.M. (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*, New York, Guilford.
- Alker H.A. (1968). « Coping, defense and socially desirable responses », *Psychological Reports*, 22, 985-988.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1989.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, 4^e éd.
- Amirkhan J.H. (1990). « A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator », *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074.
- André C. (1998). *Les Thérapies cognitives*, Paris, éditions Bernet-Danilo.
- Andrews G., Pollock C., Stewart G. (1989). « The Determination of Defense Style by Questionnaire », *Archives of General Psychiatry*, 46, 455-460.
- Andrews G., Singh M., Bond M. (1993). « The Defense Style Questionnaire », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Araujo K., Ryst E., Steiner H. (1999). « Adolescent Defense Style and Life Stressors », *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 19-28.
- Arntz A., Stupar-Rutenfrans S., Bloo J., Van Dyck R., Spinhoven, P. (2015). « Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy », *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Ballet G. (1913). « La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité », *L'Encéphale*, 8, 501-508.
- Barker C., Pistrang N., Elliott R. (1994). *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Barlow D.H. (1991). « Disorders of Emotion », *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- Bhatia M., Petraglia J., De Roten Y., Drapeau M. (2017). « Do therapists practicing psychoanalysis, psychodynamic therapy and short-term dynamic therapy address patient defences differently ? », *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19, 7-14.
- Baum A., Fleming R.E., Singer J.E. (1983). « Coping with victimization by technological disaster », *Journal of Social Issues*, 39, 117-138.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York, International University Press.
- Beck A.T. (1991). « Cognitive Therapy: A 30-Year Retrospective », *American Psychologist*, 46, 368-375.

- Beckham E.E., Adams R.L. (1984). «Coping behavior in depression: Report on a new scale», *Behavior Research and Therapy*, 22, 14-30. (2017).
- Belchev, Z., Levy, N., Berman I. et al. (2017). «Psychological traits predict impaired awareness of deficits independently of neuropsychological factors in chronic traumatic brain injury», *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 213-234.
- Bergeret J. (1986). *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- Bernstein E.M., Putnam F.W. (1986). «Development, reliability and validity of a dissociation scale», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Beutler L.E., Engle D., Mohr D., Daldrup R.J., Bergan J., Meredith K., Merry W. (1991). «Predictors of differential response to cognitive, experimental, and self-directed psychotherapeutic procedures», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 2, 333-340.
- Billings A.G., Moos R.H. (1981). «The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Impact of Stressful Life Events», *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings A.G., Moos R.H. (1993). *The Coping Response Inventory*, Odessa, Florida, PAR.
- Bion W.R. (1957). «Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques», in *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, p. 51-74.
- Bissler, L., Chahraoui, K., Mazur, V., De Roten, Y. (2013). «Détresse psychologique, fonctionnement défensif et soutien social perçu chez des patients atteints d'un cancer de la prostate: une étude préliminaire», *Annales Médico-psychologiques*, 171, 89-94.
- Blais M.A., Conboy C.A., Wilcox N., Norman D.K. (1996). «An Empirical Study of the DSM-IV Defensive Functioning Scale in Personality Disordered Patients», *Comprehensive Psychiatry*, 37, 435-440.
- Blais M.A., Hilsenroth M.J., Fowler J.C., Conboy C.A. (1999). «A Rorschach exploration of the DSM-IV Borderline Personality Disorder», *Journal of Clinical Psychology*, 55, 563-572.
- Blanchard-Fields F., Irion J.C. (1988). «Coping Strategies from the Perspective of Two Developmental Markers: Age and Social Reasoning», *Journal of Genetic Psychology*, 149, 141-151.
- Bloch A.L., Shear M.K., Markowitz J.C., Leon A.C. (1993). «An Empirical Study of Defense Mechanisms in Dysthymia», *American Journal of Psychiatry*, 150, 1194-1198.
- Block J. (1971). *Lives Through Time*, Berkeley, CA, Bancroft Books.
- Block J. (1978). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*, Palo Alto, CA, Consulting Psychology Press.
- Block J.H., J. Block J. (1980). «The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior», in *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, vol. 13, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Bogren L., Bogren I.B., Ohrt T., Sjodin I. (2002). «Panic disorder and the defence mechanism test», *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 195-199.
- Bond M. (1986). «Defense Style Questionnaire», in G.E. Vaillant (éd.), *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 146-152.
- Bond M., Gardiner S.T., Christian J., Sigel J.J. (1983). «An empirical examination of defense

mechanisms», *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.

Bond M., Paris J., Zweig-Frank H. (1994). «Defense style and borderline personality disorder», *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.

Bond M., Perry J.C. (2004). «Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders», *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.

Bond M., Perry J.C., Gautier M., Goldenberg M., Oppenheimer J., Simand J. (1989). «Validating the self-report of defense styles», *Journal of Personality Disorders*, 3, 101-112.

Bond M., Sagala Vaillant J. (1986). «An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style», *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-288.

Bonsack C., Despland J.N., Spagnoli J. (1998). «The French version of the Defense Style Questionnaire», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 24-30.

Bouchard G., Guillemette A., Landry-Léger N. (2004). «Situational and dispositional coping: an examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress», *European Journal of Personality*, 18, 221-238.

Bouchard G., Thériault V.J. (2003). «Defense mechanisms and coping strategies in conjugal relationships: An integration», *International Journal of Psychology*, 38, 79-90.

Bowins B. (2004). «Psychological defense mechanisms: A new perspective?», *American Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-26.

Brandtstädter J. (1992). «Personal control over development: Implications of self-efficacy»,

in R. Schwarzer (éd.), *Self-Efficacy: Thought Control of Action*, Washington, DC, Hemisphere, p. 127-145.

Brody S., Carson C.M. (2012). «Self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample», *Journal of Adolescence*, 35, 765-767.

Brookings J.B., Serratelli, A.J. (2006). «Positive illusions: positively correlated with subjective well-being, negatively correlated with a measure of personal growth», *Psychological Reports*, 98, 407-413.

Brown.B., Vaudrey, C. (2014). *Le Pouvoir de la vulnérabilité*, Paris, Guy Trédaniel.

Bruchon-Schweitzer M. (2001). «Vulnérabilité et résistance aux maladies: Le rôle des facteurs psychosociaux», in M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et Maladies*, Paris, Dunod, p. 1-22.

Bullitt C.W., Farber B.A. (2002). «Gender Differences in Defensive Style», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30, 35-51.

Busch F.N., Cooper A.M., Klerman G., Shapiro T., Shear M.K. (1991). «Neurophysiological, Cognitive-Behavioral, and Psychoanalytic Approaches to Panic Disorder: toward an Integration», *Psychoanalytic Inquiry*, 11, 316-332.

Busch F.N., Shear M.K., Cooper A.M., Shapiro T., Andrew C.L. (1991). «An Empirical Study of Defense Mechanisms in Panic Disorder», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 299-303.

Cahn R. (2000). Passage à l'acte. In D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio (éd.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, p. 496-498.

- Caligor E., Kernberg O.F., Clarkin J.F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy Of Higher Level Personality Pathology*, Washington, American Psychiatric Publishing.
- Callahan S. (2012). « La recherche clinique en TCC: guide de l'utilisateur », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22(4), 148-150.
- Callahan S., Chabrol H. (2004). « Relations entre défense et coping : étude du *Defense Style Questionnaire* et du Brief COPE dans un échantillon non clinique d'adultes jeunes », *Encéphale*, 30, 92-93.
- Campos R.C. Besser, A., Blatt S.J. (2011). « The relationships between defenses and experiences of depression: An exploratory study », *Psychoanalytic Psychology*, 28, 196-208.
- Capgras J., Reboul-Lachaux J. (1923). « L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique », *Bulletin de la Société Clinique des Maladies Mentales*, 11, 6-16.
- Carr A. (1987). « Borderline Defenses and Rorschach Responses: A Critique of Lerner, Albert, and Walsh », *Journal of Personality Assessment*, 51, 349-354.
- Carver C.S., Pozo C., Harris S.D., Noriega V., Scheir M.F., Robinson D.S., Ketcham A.S., Moffat F.L. Jr., Clark K.C. (1993). « How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women with Early Stage Breast Cancer », *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver C.S., Scheir M.F., Weintraub J.K. (1989). « Assessing Coping Strategies: A Theoretically-Based Approach », *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Catteau V., Chabrol H. (2005). « Étude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent », *L'Année psychologique*, 105, 451-476.
- Chabrol H. (2001). *La Dépression de l'adolescent*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je? », 3^e éd.
- Chabrol H. (2011). *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*, Paris, Dunod.
- Chabrol H. (2012). « Empathie et identification projective », *La Revue québécoise de psychologie*, 33, 5-20.
- Chabrol H., Brandibas G. (2000). « Le Questionnaire de Style de Défense à 40 items : résultats décevants d'une première étude de validation française », *Encéphale*, 26, 78-79.
- Chabrol H., Chouicha K., Montovany A., Callahan S. (2001). « Symptomatologie de la personnalité limite du DSM-IV dans une population non clinique d'adolescents: étude d'une série de 35 cas », *L'Encéphale*, 27, 120-127.
- Chabrol H., Montovany A., Callahan S., Chouicha K., Ducongé E. (2002). « Factor analyses of the DIB-R in adolescents », *Journal of Personality Disorders*, 16, 374-384.
- Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Ducongé E., Kallmeyer A., Mullet E., Leichsenring F. (2004). « Factor structure of the Borderline Personality Inventory in adolescents », *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 59-65.
- Chabrol H., Rodgers R., Ducongé E. (2005). « Relations between dissociative experiences, borderline personality disorder symptoms and cannabis use in Adolescents And Young Adults », *Addiction Research & Theory*, 13, 427-437.
- Chabrol H., Rousseau A., Rodgers R., Callahan S., Pirlot G. et Sztulman H. (2005). « A study of the face validity of the DSQ-40 (40-item version of the Defense Style Questionnaire) », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 756-758.

- Chabrol H., Sztulman H. (1997). « Splitting and the Psychodynamics of Adolescent and Young Adult Suicide Attempts », *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1199-1208.
- Chapelle F., Monié B., Poinso R., Rusinek S., Willard M. (2011). *L'Aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Dunod.
- Cheng C. (2001). « Assessing Coping Flexibility in Real-Life and Laboratory Settings: A Multimethod Approach », *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 814-833.
- Cheng C. (2003). « Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual Process Model », *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-438.
- Chorpita B.F., Barlow D.H. (1998). « The development of anxiety: The role of control in the early environment », *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cogan R., Porcerelli J.H., Kamoo R., Leitman S. (2004). « Defense Mechanisms and Violence toward Partners and Strangers: Defense Mechanism Manual and Defense Mechanisms Rating Scale », *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 52, 477-478.
- Cohen F. (1987). « Measurement of Coping », in S.V. Kasl, C.L. Cooper (éds.), *Research Methods in Stress and Health Psychology*, Chichester, Wiley, chap. x, p. 283-305.
- Cohen F., Lazarus R.S. (1979). « Coping with the Stresses of Illness » in G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler (éds.), *Health Psychology - A Handbook: Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, p. 217-224.
- Collectif (1994). *Grand dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse.
- Compas B.E., Forsythe C.J., Wagner B.M. (1988). « Consistency and variability in causal attributions and coping with stress », *Cognitive Therapy and Research*, 12, 305-320.
- Connor-Smith J.K., Flachsbart C. (2007). « Relations between personality and coping: a meta-analysis », *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Constantinides P., Beck S.M. (2010). « Toward developing a scale to empirically measure psychotic defense mechanisms », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58, 1159-1188.
- Conte H.R., Apter A. (1995). « The Life Style Index: A Self-Report Measure of Ego Defenses », in H.R. Conte et R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement*, New York, John Wiley & Sons, p. 179-201.
- Conway M. (2001). « Repression revisited », *Nature*, 410, 319-320.
- Cooper S.H., Perry J.C., Arnow D. (1988). « An Empirical Approach to the Study of Defense Mechanisms: I. Reliability and Preliminary Validity of the Rorschach Defense Scales », *Journal of Personality Assessment*, 52, 187-203.
- Corraze J. (1992). *Psychologie et Médecine*, Paris, PUF.
- Costa P.T., Somerfield M.R., McCrae R.R. (1995). « Personality and Coping: A Reconceptualization » in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 44-61.
- Costa P.T., McCrae R.R. (1985). « The NEO Personality Inventory manual », Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Cottraux J. (1998). *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.

- Cottraux J. (2001). *Les Thérapies cognitives*, Paris, Retz.
- Courbon P., Tusques J. (1932). « Illusion d'intermétamorphose et de charme », *Annales médico-psychologiques*, 90, 401-405.
- Cox T., Ferguson E. (1991). « Individual Differences, Stress and Coping », in C.L. Cooper et R. Payne (éds.), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, UK, Wiley, p. 7-30.
- Coyne J.C., Aldwin C., Lazarus R.S. (1981). « Depression and Coping in Stressful Episodes », *Journal of Abnormal Psychology*, 90 (5), 439-447.
- Coyne J.C., Downey G. (1991). « Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes », *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Cramer P. (2000). « Defense Mechanisms in Psychology Today: Further Processes for Adaptation », *American Psychologist*, 55, 636-647.
- Cramer P. (2001). « The Unconscious Status of Defense Mechanisms », *American Psychologist*, 56, 762-763.
- Cramer P. (2002). « Defense Mechanisms, Behavior, and Affect in Young Adulthood », *Journal of Personality*, 70, 103-126.
- Cramer P. (2003). « Defense Mechanisms and Physiological Reactivity to Stress », *Journal of Personality*, 71, 221-244.
- Cramer P., Kelly F.D. (2004). « Defense Mechanisms in Adolescent Conduct Disorder and Adjustment Reaction », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 139-145.
- Cronkite R.C., Moos R.H. (1995). « Life context, coping processes, and depression », in E.E. Beckham et W.R. Leber (éds.), *Handbook of Depression (2^e Édition)*, New York, Guilford Press, p. 569-587.
- Crowne D.P., Marlowe D. (1964). *The Approval Motive: Studies in Evaluative Dependence*, New York, Wiley.
- Daaleman T.P., Kuckelman Cobb A., Frey B.B. (2001). « Spirituality and well-being: An exploratory study of the patient perspective », *Social Science & Medicine*, 53, 1503-1511.
- Dalh H. (1995). « An Information Theory of Emotions and Defenses », in H.R. Conte et R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement*, New York, John Wiley & sons, p. 98-119.
- Davidson K., MacGregor M.W. (1996). « Reliability of an Idiographic Q-Sort Measure of Defense Mechanisms », *Journal of Personality Assessment*, 66, 624-639.
- Davidson K., MacGregor M.W. (1998). « A Critical Appraisal of Self-Report Defense Mechanism Measures », *Journal of Personality*, 66, 965-992.
- Davidson K.W., Macgregor M.W., Johnson E.A., Woody E.Z., Chaplin W.F. (2004). « The relation between defense use and adaptive behavior », *Journal of Research in Personality*, 38, 105-129.
- Deisinger J.A., Cassisi J.E., Whitaker S.L. (2003). « Relationships between Coping Style and PAI Profiles in a Community Sample », *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12) 1315-1323.
- Dell P.F., O'neil J.A. (2009). « Preface », in P.F. Dell et J.A. O'Neil. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, p. xix-xxi.
- Derogatis L.R. (1983). *SCL-90-R Administration, Scoring, and Interpretation Manual II*, Towson, MD, Clinical Psychometric Research.
- Despland J.N., de Roten Y., Despars J., Stigler M., Perry J.C. (2001). « Contribution of

Patient Defense Mechanisms and Therapist Interventions to the Development of Early Therapeutic Alliance in a Brief Psychodynamic Investigation», *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 155-164.

Devins G.M., Binik Y.M. (1996). «Facilitating Coping with Chronic Physical Illness», in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York: John Wiley & Sons, p. 640-696.

Diehl M., Coyle N., Labouvie-Vief G. (1996). «Age and Sex Differences in Strategies of Coping and Defense across the Life-Span», *Psychology and Aging*, 11 (1), 127-139.

Dienes Z., Brown E., Hutton S., Kirsch I., Mazzoni G., Wright D.B. (2009). «Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation», *Consciousness and Cognition*, 18, 837-847.

Di Pierro, R., Benzi, I., Madeddu, F. (2015). «Difficulties in emotion regulation among inpatients with substance use disorders: the mediating effect of mature defense mechanisms», *Clinical Neuropsychiatry*, 12, 83-89.

Drageset S., Lindstrøm T.C. (2003). «The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401-409.

Drapeau M., de Roten Y., Perry J.C., Despland J.N. (2003). «A Study of Stability and Change in Defense Mechanisms during a Brief Psychodynamic Investigation», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 496-502.

Drapeau M., Thompson K., Petraglia J., Thygesen K.L., Lecours S. (2011). «Defense mechanisms and gender: An examination of two models of defensive functioning derived from the

Defense Style Questionnaire», *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 149-155.

Druss R.G., Douglas C.J. (1988). «Adaptive Responses to Illness and Disability», *General Hospital Psychiatry*, 10, 163-168.

Ducongé E., Chabrol H. (2005). «Relations entre les expériences dissociatives et la consommation de cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte», *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 128-133.

Dunkley D.M., Zuroff D.C., Blankstein K.R. (2003). «Self-Critical Perfectionism and Daily Affect: Dispositional and Situational Influences on Stress and Coping», *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (1), 234-252.

Ebstrup J.F., Eplov L.F., Pisinger C., Jorgensen T. (2011). «Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?», *Anxiety, Stress & Coping*, 24 (4), 407-419.

Ekehammar B., Zuber I., Konstenius M.L. (2005). «An empirical look at the Defense Mechanism Test (DMT): reliability and construct validity», *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 285-296.

Ellis A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Birch Lane Press.

Ellison, W.D., Levy, K.N. (2012). «Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling», *Psychological Assessment*, 24, 503-517.

Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. (1976). «The Global Assessment Scale: a Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance», *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-770.

- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). « Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Approach », *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler N.S., Parker J.D.A., Butcher J.N. (1993). « A Factor Analytic Study of Coping Styles and the MMPI-2 Content Scales », *Journal of Clinical Psychology*, 49 (4), 523-527.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1998). *L'Inventaire de coping pour situations stressantes (CISS)*, Paris, ECPA.
- Endresen I.M. (1991). « A Norwegian Translation of the Plutchik Questionnaire for Psychological Defense », *Scandinavian Journal of Psychology*, 32, 105-113.
- Erdeleyi M.H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*, New York, Freeman.
- Ericcson K.A., Simon H.A. (1980). « Verbal Reports as Data », *Psychological Review*, 87, 215-251.
- Erickson S., Feldman S.S., Steiner H. (1997). « Defense Reactions and Coping Strategies in Normal Adolescents », *Child Psychiatry and Human Development*, 28, 45-56.
- Eriksen H.R., Olff M., Ursin H. (1997). « The CODE: a Revised Battery for Coping and Defense and its Relations to Subjective Health », *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 175-182.
- Evren C., Cagil D., Ulku M., Ozcetinkaya S., Gokal P., Cetin T., Yigiter S. (2012). « Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients », *Comprehensive Psychiatry*, 53, 860-867.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1989). *Manuel de psychiatrie*. Paris, Masson, 6^e éd.
- Fauerbach J.A., Richter L., Lawrence J.W. (2002a). « Regulating Acute Posttrauma Distress », *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23, 249-257.
- Fauerbach J.A., Heinberg L., Lawrence J.W., Bryant A.G., Richter L., Spence, R. (2002b). « Coping with Body Image Changes Following Disfiguring Burn Injury », *Psychosomatic Medicine*, 2, 576-582.
- Fauerbach J.A., Lawrence J.W., Bryant A.G., Smith J.H. (2002c). « The Relationship of Ambivalent Coping to Depression Symptoms and Adjustment », *Rehabilitation Psychology*, 47 (4), 387-401.
- Fenichel O. (1945). *La Théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1979.
- Fennig S., Geva K., Zalzman G., Weitzman A., Fennig S., Apter A. (2005). « Effect of Gender on Suicide Attempters Versus Nonattempters in an Adolescent Inpatient Unit », *Comprehensive Psychiatry*, 46, 90-97.
- Fillion L., Kovacs A., Gagnon P., Endler N.S. (2002). « Validation of the Shortened Cope for Use with Breast Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy », *Current Psychology*, 21, 17-34.
- Folkman S. (1992). « Making the Case for Coping », in B.N. Carpenter (éd.), *Personal coping: Theory, Research, and Application*, Westport, Connecticut, Praeger, p. 31-46.
- Folkman S. (2008). « The case for positive emotions in the stress process », *Anxiety, Stress, & Coping*, 21 (1), 3-14.
- Folkman S., Lazarus R.S. (1980). « An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample », *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman S., Lazarus R.S., Pimley S., Novacek J. (1987). « Age Differences in Stress and Coping Processes », *Psychology and Aging*, 2, 171-184.

- Fransson P., Sundbom E., Hägglöf B. (1998). « A comparative study of adolescents in psychiatric care assessed by means of the Defense Mechanism Test and the DSM-IV classification system », *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 527-536.
- Freud S. (1905a). *Le Mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1988.
- Freud S. (1905b). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Freud S. (1908). « La morale sexuelle "civilisée" et la maladie nerveuse des temps modernes », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985, p. 24-36.
- Freud S. (1909). « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats) », *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1977, p. 199-261.
- Freud S. (1911). « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*) (Le Président Schreber) », *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1977, p. 263-324.
- Freud S. (1912). « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1977, p. 61-71.
- Freud S. (1915a). « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 145-171.
- Freud S. (1915b). « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1970, p. 235-267.
- Freud S. (1918). « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups) », *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1977, p. 325-420.
- Freud S. (1924). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Freud S. (1926). *Inhibition, Symptôme et Angoisse*, Paris, PUF, 1981.
- Freud S. (1927). « L'humour », *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, p. 321-328.
- Freud S. (1932). « Ma rencontre avec Josef Popper-Lynkeus », *Résultats, Idées, Problèmes*, Paris, PUF, 1987, p. 197-202.
- Freud A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1996.
- Freud S. (1946). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1949.
- Freud A. (1965). *Le Normal et le pathologique chez l'enfant*, Paris, Gallimard, 1968.
- Fuller B.F., Conner D.A. (1990). « Selection of Vigilant and Avoidant Coping Strategies among Repressors, Highly Anxious, and Truly Low Anxious Subjects », *Psychological Reports*, 66, 103-110.
- Furnham A. (2012). « Lay understandings of defence mechanisms: the role of personality traits and gender », *Psychology, Health & Medicine*, 17, 723-734.
- Gabbard G.O. (2004). *Psychothérapie psychodynamique: les concepts fondamentaux*, Issy-Les-Moulineaux, Masson.
- Gayral L. (1975). *Sémiologie clinique et psychiatrie*, Rueil-Malmaison, Sandoz Éditions.
- Geisler F.C.M., Wiedig-Allison M., Weber H. (2009). « What coping tells about personality », *European Journal of Personality*, 23, 289-306.
- Gerostathos A., De Roten Y., Berney S., Despland J. N., Ambresin G. (2014). « How Does Addressing Patient's Defenses Help to Repair Alliance Ruptures in Psychodynamic Psychotherapy? An Exploratory Study », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 419-424.
- Gleser G.C., Ihilevich D. (1969). « An Objective Instrument for Measuring Defense Mechanisms », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 51-60.

- Gould J.R., Prentice N.M., Ainslie R.C. (1996). «The Splitting Index: Construction of a Scale Measuring the Defense Mechanism of Splitting», *Journal of Personality Assessment*, 66, 414-430.
- Gouvernet B., Mouchard J., Combaluzier S. (2015). «Analyses en pistes causales d'un modèle d'une organisation fonctionnelle des relations entre mécanismes de défense et stratégies de coping», *L'Encéphale*, 41(5), 403-411.
- Grebot E., Berjot S. (2012). «Défenses et dépersonnalisation de la relation enseignante et soignante», *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 554-561.
- Grebot E., Paty B. (2010). «Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40). Étude de leur stabilité ou instabilité dans deux situations différemment anxiogènes», *Annales médico-psychologiques*, 168, 2, 107-113.
- Grebot E., Paty B., Girard-Dephanix N. (2006). «Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante», *L'Encéphale*, 32, 315-324.
- Green A. (1974). *Le Discours vivant*. Paris, PUF.
- Green A. (1985). Réflexions libres sur la représentation de l'affect. *Revue française de psychanalyse*, 49, 773-788.
- Guelfi J.D., Hatem M., Damy C., Corruble E. (2000). «Intérêt du Defense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense», *Annales médico-psychologiques*, 158, 594-600.
- Haan N. (1969). «A Tripartite Model of Ego Functioning Values and Clinical and Research Applications», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 14-30.
- Haan N. (1977). *Coping and Defending*, New York, Academic Press.
- Hakker T.P., Cassem N.H. (1974). «Development of a Quantitative Rating Scale to Assess Denial», *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 93-100.
- Hall P., Davidson K., MacGregor M.W., MacLean D. (1998). *Expanded Structured Interview Administration Training Manual. Technical Manual n°1*, Halifax (NS), Heart Health of Nova Scotia.
- Hammen C. (1999). «The emergence of an interpersonal approach to depression», in T. Joiner et J. Coyne (éds.), *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, Washington, D.C., American Psychological Association, p. 21-35.
- Hanson R., Gerber K.E. (1990). *Coping with Chronic Pain: A Guide to Patient Self-Management*, New York, Guilford Press.
- Hanson R.W., MENDIUS, R., ANDRÉ, C., MIDAL, F., COLLETTE, O. (2013). *Le Cerveau de bouddha*, Paris, Pocket.
- Heldt E., Blaya C., Kipper L., Salum G.A., Otto M.W., Manfro G.G. (2007). «Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: one-year follow-up», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 40-543.
- Heppener P.P., Baker C. (1997). «Applications of Problem Solving Inventory», *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 29, 229-441.
- Heppner P.P., Cook S.W., Wright D.M., Johnson Jr W.C. (1995). «Progress in Resolving Problems», *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 279-273.
- Hersoug A.G., Bøgwald K.P., & Høglend P. (2003). «Are patient and therapist characteristics associated with therapists' use of defense interpretations in brief

dynamic psychotherapy», *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 209-219.

Hersoug A.G., Bogwald K.P., & Høglend P. (2005). « Does interpretation contribute to change ? », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 288-296.

Hersoug A.G., Sexton H.C., Høglend P. (2002). « Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Outcome of Psychotherapy », *American Journal of Psychotherapy*, 56, 539-554.

Hibbard S., Porcerelli J. (1998). « Further Validation for the Cramer Defense Mechanism Manual », *Journal of Personality Assessment*, 70, 460-483.

Hilgard E.R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley-Interscience.

Hilsenroth M.J., Callahan K.L., Eudell E.M. (2003). « Further reliability, convergent and discriminant validity of overall defensive functioning », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 730-737.

Hobfoll S.E., Freedy J.R., Green B.L., Solomon S.D. (1996). « Coping in Reaction to Extreme Stress: The Roles of Resource Loss and Resource Availability », in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 322-349.

Holahan C.J., Moos R.H. (1987). « Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.

Holahan C.J., Moos R.H. (1994). « Life Stressors and Mental Health: Advances in Conceptualizing Stress Resistance », in W.R. Avison et I.H. Gotlib (éds.), *Stress and Mental*

Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future, New York, Plenum, p. 213-238.

Holahan C.J., Moos R.H., Bonin L. (1997). « Social Support, Coping, and Psychosocial Adjustment: A Resources Model », in G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason et B.R. Sarason (éds.), *Sourcebook of Social Support and Personality*, New York, Plenum, p. 169-186.

Holahan C.J., Moos R.H., Bonin L. (1999). « Social context and depression: An integrative stress and coping framework », T. Joiner et J. Coyne (éds.), *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, Washington, D.C, American Psychological Association, p. 39-63.

Holahan C.J., Moos R.H., Schaefer J.A. (1996). « Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning », in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 24-43.

Holahan C.J., Moos R.J. (1991). « Life Stressors, Personal and Social Resources, and Depression: A 4-Year Structural Model », *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1, 31-38.

Holahan C.J., Moos R.J., Holahan C.K., Brennan P.L., Schutte K.K. (2005). « Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model », *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74, 658-666.

Holi M.M., Sammallahti P.R., Aalberg V.A. (1999). « Defense Styles Explain Psychiatric Symptoms: An Empirical Study », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 654-660.

Holmes J.A., Stevenson C.A. (1990). « Differential Effects of Avoidant and Attentional Coping Strategies on Adaptation to Chronic and Recent-Onset Pain », *Health Psychology*, 9, 577-584.

- Hovanesian S., Isakov I., Cervellione K.L. (2009). « Defense mechanisms and suicide risk in major depression », *Archives of Suicide Research*, 13, 74-86.
- Hoyenga K.B., Hoyenga K.T. (1979). *The question of sex differences: Psychological, cultural, and biological issues*, Boston, Little Brown and Company.
- Hyphantis T., Goulia P., Floros G.D., Iconomou G., Pappas A., Karaivazoglou K., Assimakopoulos K. (2011). « Assessing Ego Defense Mechanisms by Questionnaire: Psychometric Properties and Psychopathological Correlates of the Greek Version of the Plutchik's Life Style Index », *Journal of Personality Assessment*, 93, 605-617.
- Hyphantis T., Papadimitriou I., Petrakis D. et al. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2009-2015.
- Ihilevich D., Gleser G.C. (1986). *Defense Mechanisms. Their Classification, Correlates, and Measurement with the Defense Mechanisms Inventory*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Ihilevich D., Gleser G.C. (1991). *Defenses in Psychotherapy: The Clinical Application of the Defense Mechanisms Inventory*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Ihilevich D., Gleser G.C. (1995). « The Defense Mechanisms Inventory », in H.R. Conte, R. Plutchik (éds.), *Ego defenses: Theory and Measurement*, New York, John Wiley and Sons, p. 221-246.
- Ionescu S., Jacquet M.M., Lhote C. (1997). *Les Mécanismes de défense: théorie et clinique*, Paris, Nathan Université.
- Irachabal S., Koleck M., Rasclé N., Bruchon-Schweitzer M. (2008). « Stratégies de coping des patients douloureux: adaptation française du Coping Strategies Questionnaire (CSQ-F) », *L'Encéphale*, 34(1), 47-53.
- Jessop M., Scott J., Nurcombe B. (2008). « Hallucinations in adolescents inpatients with post-traumatic stress disorder and schizophrenia: similarities and differences », *Australasian Psychiatry*, 16, 268-272.
- Joffe P.E., Bast B.A. (1978). « Coping and Defense in Relation to Accomodation among a Sample of Blind Men », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 537-552.
- Joffe P.E., Naditch M. (1977). « Paper and Pencil Measures of Coping and Defense Processes », in N. Haan (éd.), *Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization*, New York, Academic Press, p. 280-297.
- Johansen P.O., Krebs T.S., Svartberg M., Stiles T.C., Holen A. (2011). « Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 712-715.
- Johnson N. (1982). *Test-Retest Reliability of the Defense Mechanism Profile*, Fort Lauderdale, FL, Nova University.
- Johnson N.L., Gold S.N. (1995). « The Defense Mechanism Profile. A Sentence Completion Test », in H.R. Conte et R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement*, New York, John Wiley & Sons, p. 247-262.
- Joseph B. (1987). « Identification projective: aspects cliniques », in J. Sandler (éd.), *Projection, Identification, Identification projective*, Paris, PUF, 1991, 2^e éd., p. 99-115.
- Kato T. (2012). « Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the Coping

Flexibility Hypothesis», *Journal of Counseling Psychology*, 59, 262-273.

Kennedy B.L., Schwab J.J., Hyde J.A. (2001). «Defense Styles and Personality Dimensions of Research Subjects with Anxiety and Depressive Disorders», *Psychiatric Quarterly*, 72, 251-262.

Kernberg O.F. (1975). *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1978, 2^e éd.

Kernberg O.F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*, New York, Jason Aronson.

Kernberg O.F. (1984). *Les Troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*, Paris, PUF, 2^e édition, 1989.

Kernberg O.F. (1987). «Projection et identification projective: aspects développementaux et aspects cliniques», in J. Sandler (éd.), *Projection, Identification, Identification projective*, Paris, PUF, 1991, 2^e éd., p. 139-168.

Kernberg O.F. (1991). «Discussion de l'exposé de Betty Joseph», in J. Sandler (éd.), *Projection, identification, identification projective*, Paris, PUF, p. 117-137.

Kernberg O.F., Clarkin J.F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*, White Plains, NY, The New York Hospital-Cornell Medical Center.

Kernberg O.F., Selzer M. A., Koenisberg H.W., Carr A.C., Appelbaum A.H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, New York, Basic Books.

Kessler R.C., Price R.H., Wortman C.B. (1985). «Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes», *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Klauer T. Filip S.H., Ferring D. (1989). «Der "Fragebogen zur Erfassung von Formen der Krankheitsbewältigung (FEKB): Skalenkonstruktion und erste Befunde

zu Reliabilität", Validität und Stabilität», *Diagnostica*, 35, 315-335.

Klein D.F. (1964). «Delineation of Two Drug-Responsive Anxiety Syndromes», *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.

Klein M. (1946). «Notes sur quelques mécanismes schizoïdes» in M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs et J. Riviere (éds), *Développements de la psychanalyse* (p. 274-300). Paris, Presses Universitaires de France, 1966, p. 274-300.

Kleiner L., Marshall W.L. (1987). «The Role of Interpersonal Problems in the Development of Agoraphobia with Panic Attacks», *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 313-323.

Kline P. (1993). *Personality: The Psychometric View*, Londres, Routledge.

Kneepkens R.G., Oakley L.D. (1996). «Rapid Improvement in the Defense Style of Depressed Women and Men», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 358-361.

Kohn P.M. (1996). «On Coping Adaptively with Daily Hassles», in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 181-201.

Kraaij V., Pruymboom E., Garnefski N. (2002). «Cognitive Coping and Depressive Symptoms in the Elderly: A Longitudinal Study», *Aging and Mental Health*, 6 (3), 275-281.

Kraepelin E. (1912). «Les paraphrénies», *Ornicar, Analytica*, 19, 23-65, 1980.

Kragh U., Smith G. (1970). *Percept-genetic analysis*. Lund, Sweden, Gleerup.

Kramer U. (2005). «Interactive effects in adaptive processes and therapist interventions», manuscrit non publié. Université de Lausanne, Lausanne.

Kramer U. (2010). «Coping and defence mechanisms: What's the difference?», *Psychology*

and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83, 207-221.

Kramer U., Despland J.N., Michel L., Drapeau M., De Roten Y. (2010). « Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1232-1241.

Kramer U., De Roten Y., Perry J.C., Despland J.N. (2013). « Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder », *Psychoanalytic Psychology*, 30, 3-15.

Krohne H.W. (1993). « Attention and Avoidance: Strategies in Coping with Aversiveness », Seattle, Washington, Hogrefe & Huber.

Kronström K., Salminen J.K., Hietala J., Kajander J., Vahlberg T., Markkula J., Rasi-Hakala H., Karlsson H. (2009). « Does defense style or psychological mindedness predict treatment response in major depression? », *Depression and Anxiety*, 26, 689-695.

Kruglanski A.W. (1989). *Lay Epistemics and Human Knowledge: Cognitive and Motivational Bases*, New York, Plenum Press.

Kwon P., Lemon K.E. (2000). « Attributional Style and Defense Mechanisms: A Synthesis of Cognitive and Psychodynamic Factors in Depression », *Journal of Clinical Psychology*, 56, 723-735.

Labouvie-Vief G. (1994). *Psyche and Eros: Mind and Gender in the Life Course*, New York, Cambridge University Press.

Labouvie-Vief G., Devoe M., Bulka D. (1989). « Speaking about Feelings: Conceptions of Emotions across the Life Span », *Psychology and Aging*, 4, 425-437.

Laconi S., Vigouroux M., Lafuente C., Chabrol, H. (2017). « Problematic internet use,

psychopathology, personality, defense and coping », *Computers in Human Behavior*, 73, 47-54.

Ladame F., Ottino J. (1993). « Les paradoxes du suicide », *Adolescence*, 11, 125-136.

Laor N., Wolmer L., Cicchetti D.V. (2001). « The Comprehensive Assessment of Defense Style: Measuring Defense Mechanisms in Children and Adolescents », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 360-368.

Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Laufer M. (1996). « De quelques préalables au travail psychanalytique avec des adolescents », *Adolescence*, 14, 239-245.

Lazarus R.S. (1983). « The Costs and Benefits of Denial », in S. Brenitz (éd.), *Denial of Stress*, New York, International University Press, p. 1-30.

Lazarus R.S. (1990). « Theory-Based Stress Measurement: Author's Response », *Psychological Inquiry*, 1, 41-51.

Lazarus R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*, New York, Springer.

Lazarus R.S., Averill J.R., Opton E.M. (1974). « The Psychology of Coping: Issues of Research and Assessment », in G.V. Coelho, D.A. Hamburg et J.E. Adams (éds.), *Coping and Adaptation*, New York, Basic Books, p. 47-68.

Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.

Le Goc-Diaz I. – La dépersonnalisation. – *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*. 37125A10,6-1988, 12 p.

Lee-Baggle D., Preece M., Delongis A. (2005). « Coping with interpersonal stress: role of Big Five traits », *Journal of Personality*, 73, 1141-1180.

- Lempérière T.H., Féline A., Gutman A., Ades J., Pilate C. (1977). *Abrégé de psychiatrie d'adulte*, Paris, Masson.
- Lenzenweger M.F., Clarkin J.F., Kernberg O.F., Foelsch P.A. (2001). « The Inventory of Personality Organization : Psychometric Properties, Factorial Composition, and Criterion Relations with Affect, Aggressive Dyscontrol, Psychosis Proneness, and Self-Domains in a Non Clinical Sample », *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Lerner H., Albert C., Walsh M. (1987). « The Rorschach Assessment of Borderline Defenses : a Concurrent Validity Study », *Journal of Personality Assessment*, 51, 334-348.
- Lerner P., Lerner H. (1980). « Rorschach Assessment of Primitive Defenses in Borderline Personality Structure », in J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner, A. Sugarman (éds.), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, International University Press, p. 257-274.
- Lewinshon P. et al. (1980). « Social Competence and Depression : The Role of Illusory Self-Perceptions », *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lilienfeld S.O., Wood J.M., Garb H.N. (2000). « The Scientific Status of Projective Techniques », *Psychological Sciences*, 1, 25-66.
- MacGregor M.W., Davidson K.W., Barksdale C., Black S., MacLean D. (2003). « Adaptive Defense Use and Resting Blood Pressure in a Population-Based Sample », *Journal of Psychosomatics Research*, 55, 531-541.
- MacGregor M.W., Davidson K.W., Rowan P., Barksdale C., MacLean D. (2003). « The Use of Defenses and Physician Health Care Costs : Are Physician Health Care Costs Lower in Persons with More Adaptive Defense Profiles ? », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 315-323.
- Maes S., Leventhal H., de Ridder D.T.D. (1996). « Coping with Chronic Diseases », in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping : Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 221-252.
- Marchesi C., Parenti P., Aprile S., Cabrino C., De Panfilis C. (2011). « Defense style in panic disorder before and after pharmacological treatment », *Psychiatry Research*, 187, 382-386.
- Margo G.M., Greenberg R.P., Fisher S., Dewan M. (1993). « A Direct Comparison of the Defense Mechanisms of Nondepressed People and Depressed Psychiatric Inpatients », *Comprehensive Psychiatry*, 34, 65-69.
- Maricutoiu L.P., Crasovan D.I. (2016). « Coping and defence mechanisms: What are we assessing ? », *International Journal of Psychology*, 51, 83-92.
- Marrazzo G., Sideli L., Rizzo R., et al. (2016). « Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness », *Journal of Psychopathology*, 22, 141-148.
- Marx E.M., Schulze C.C. (1991). « Interpersonal Problem-Solving in Depressed Students », *Journal of Clinical Psychology*, 47, 361-367.
- Massong S.R., Dickson A.L., Ritzler B.A. (1982). « A Correlational Comparison of Defense Mechanisms Measures : The Defense Mechanism Inventory and the Blacky Defence Preference Inventory », *Journal of Personality Assessment*, 46, 477-480.
- Matthews A., MacLeod C. (1994). « Cognitive Approaches to Emotion and Emotional Disorders », *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Matud M.P. (2004). « Gender differences in stress and coping styles », *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415.

- McCrae R.R. (1984). « Situational Determinants of Coping Responses: Loss, Threat, and Challenge », *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McCrae R.R. (1989). « Age Differences and Changes in the Use of Coping Mechanisms », *Journal of Gerontology*, 44, 161-169.
- McCrae R.R., Costa P.T. Jr. (1986). « Personality, Coping, and Coping Effectiveness in an Adult Sample », *Journal of Personality*, 54 (2), 385-405.
- McCrae R.R., Costa P.T. (1990). *Personality in adulthood*. New York The Guildford Press.
- Mckay R., Langdon R., Colheart M. (2007). « The defensive function of persecutory delusions: An investigation using the Implicit Association Test », *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 1-24.
- Mehlman E., Slane S. (1994). « Validity of Self-Report Measures of Defense Mechanisms », *Journal of Personality Assessment*, 1, 189-198.
- Menninger K. (1963). *The Vital Balance*, New York, The Viking Press.
- Miller S.M. (1987). « Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking under Threat », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Moos R.H. (1993a). *Coping Response Inventory: Youth Form Professional Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Moos R.H. (1993b). *Coping Responses Inventory: Adult Form Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Moos R.H., Schaefer J. (1993). « Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures », in L. Goldberger et S. Breznitz (éds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, 2^e édition, New York, Free Press, p. 234-257.
- Morgan C.A., Hazlett G., Wang S., Richardson E.G., Schnurr P., South Wick S.M. (2001). « Symptoms of Dissociation in Humans Experiencing Acute, Uncontrollable Stress: A Prospective Investigation », *American Journal of Psychiatry*, 158, 1239-1247.
- Morgan C.D., Murray H. (1935). « A Method for Investigating Fantasies », *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-304.
- Moyano O., Claudon P., Colin V., Svatos J., Thiebaut E. (2001). « Étude des troubles dissociatifs et de la dépersonnalisation au sein d'un échantillon de la population française adulte jeune », *Encéphale*, 27, 559-569.
- Mulder R.T., Joyce P.R., Sullivan P.F., Bulik C.M., Carter F.A. (1999). « The Relationship among Three Models of Personality Psychopathology: DSM-III-R Personality Disorder, TCI Scores and DSQ Defences », *Psychological Medicine*, 29, 943-951.
- Mullen L.S., Blanco C., Vaughan S.C., Vaughan R., Roose S.P. (1999). « Defense Mechanisms and Personality in Depression », *Depression and Anxiety*, 10, 168-174.
- Muris P., Merckelbach H. (1996). « The Short Version of the Defense Style Questionnaire: Factor and Psychopathological Correlates », *Personality and Individual Differences*, 20, 123-126.
- Muris P., Schmidt H., Lambrichs R., Meesters C. (2001). « Protective and Vulnerability Factors of Depression in Normal Adolescence », *Behavior Research and Therapy*, 39, 555-565.
- Muris P., Winands D., Horslenberg R. (2003). « Defense Style, Personality Traits, and Psychopathological Symptoms in Nonclinical Adolescents », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 771-780.

- Newman L.S. (2001). «Coping and Defense: No Clear Distinction», *American Psychologist*, 56, 760-761.
- Newman L.S., Duff K.J., Baumeister R.F. (1997). «A New Look at Defensive Projection: thought Suppression, Accessibility, and Biased Person Perception», *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 980-1001.
- Nezu A.M., Nezu C.M., Saraydarian L., Kalmar K., Ronan G.F. (1986). «Social Problem Solving as a Moderating Variable between Negative Life Stress and Depression», *Cognitive Therapy and Research*, 10, 489-498.
- Nicolas M., Drapeau M., Martinent G. (2017). «A Reciprocal Effects Model of the Temporal Ordering of Coping and Defenses», *Stress and Health*, 33(2), 143-152.
- Nicolas M., Martinent G., Drapeau M., De Roten Y. (2017). «Development and Evaluation of the Psychometric Properties of the Short Defense Style Questionnaire (DSQ-26) in Sport», *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 175-187.
- Noam G.G., Recklitis C. (1990). «The Relationship between Defenses and Symptoms in Adolescent Psychopathology», *Journal of Personality Assessment*, 54, 311-327.
- Nolen-Hoeksema S. (1998). «Ruminative coping with depression», in J. Heckhausen et C.S. Dweck (éds.), *Motivation and self-regulation across the life span*, New York, Cambridge University Press, p. 237-256.
- Nolen-Hoeksema S., Morrow J. (1993). «The Effects of Rumination and Distraction on Naturally-Occurring Depressed Moods», *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Normandin L., Sabourin S., Diguier L., Dupont G., Poitras K., Foelsch P., Clarkin J. (2002). «Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité», *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 59-65.
- Nowack K.M. (1989). «Coping Style, Cognitive Hardiness, and Health Status», *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 145-158.
- O'Connor R.C., O'Connor D.B. (2003). «Predicting Hopelessness and Psychological Distress: The Role of Perfectionism and Coping», *Journal of Consulting Psychology*, 50 (3), 362-372.
- O'Reilly A. (2011). «La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: une revue des travaux», *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 126-131.
- Oathes D.J., Ray W.J. (2008). «Dissociative tendencies and facilitated emotional processing», *Emotion*, 8, 653-661.
- Offer R., Lavie R., Gothelf D., Apter A. (2000). «Defense Mechanisms, Negative Emotions, and Psychopathology in Adolescents Inpatients», *Comprehensive Psychiatry*, 41, 35-41.
- Olson T.R., Perry J.C., Janzen J.I., Petraglia J., Presniak M.D. (2011). «Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: general considerations», *Psychiatry*, 74, 142-165.
- Paris J., Zweig-Frank H., Bond M., Guzder J. (1996). «Defense Styles, Hostility, and Psychological Risk Factors in Male Patients with Personality Disorders», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 153-158.
- Parker J.D.A., Endler N.S. (1992). «Coping with Coping Assessment: A Critical Review», *European Journal of Psychology*, 6, 321-344.
- Parker J.D.A., Endler N.S. (1996). «Coping and Defense: A Historical Overview», in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 3-24.

- Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. (1998). « Alexithymia : Relationship with Ego Defense and Coping Styles », *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Paulhan I., Bourgois M. (1995). *Stress et Coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris, PUF.
- Paulhus D.L., John O.P. (1998). « Egoistic and moralistic biases in self-perception: the interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives », *Journal of Personality*, 66, 1025-1060.
- Pearlin L.I., Schooler, C. (1978). « The Structure of Coping », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Penley J.A., Tomaka J., Wiebe J.S. (2002). « The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review », *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 55-603.
- Perry J.C. (1985). « Depression in Borderline Personality Disorder: Lifetime Prevalence and Longitudinal Course of Symptoms », *American Journal of Psychiatry*, 142, 15-21.
- Perry J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*, Boston, Harvard Medical School.
- Perry J.C. (2001). « A Pilot Study of Defenses in Adult with Personality Disorders Entering Psychotherapy », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 651-660.
- Perry J.C., Bond M. (2012). « Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome », *American Journal of Psychiatry*, 169, 916-925.
- Perry J.C., Constantinides P., Simmonds J. (2017). « Dynamic conflicts in recurrent major depression: Does combined short-term psychotherapy and antidepressive medication lead to healthy dynamic functioning ? », *Psychoanalytic Psychology*, 34, 3-12.
- Perry J.C., Cooper S.H. (1985). « Psychodynamics, Symptoms and Outcomes in Borderline and Antisocial Personality Disorders and Bipolar Type II Affective Disorder », in T. McGlashan (éd.), *The Borderline: Current Empirical Research*, Washington, American Psychiatric Press, p. 63-78.
- Perry J.C., Cooper S.H. (1989). « An Empirical Study of Defense Mechanisms: I. Clinical Interview and Life Vignette Ratings », *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.
- Perry J.C., Guelfi J.D., Despland J.N., Hanin B. (2004). *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*, Paris, Masson.
- Perry J.C., Hoglend P. (1998). « Convergent and Discriminant Validity of Overall Defensive Functioning », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-535.
- Perry J.C., Hoglend P., Shear K., Vaillant G.E., Horowitz M., Kardos M.E., Bille H., Kagan D. (1998). « Field Trial of a Diagnostic Axis for Defense Mechanisms for DSM-IV », *Journal of Personality Disorders*, 12, 56-68.
- Perry J.C., Kardos M.E. (1995). « Review of the Defense Mechanism Rating Scales », in H.R. Conte, R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses: Theory and measurement*, New York, John Wiley and Sons, p. 283-299.
- Perry J.C., Presniak M.D., Olson, T.R. (2013). « Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders », *Psychiatry*, 76, 32-52.
- Petraglia J., Bhatia M., De Roten Y., Despland J.N., Drapeau M. (2015). « An empirical investigation of defense interpretation depth, defensive functioning, and alliance strength in psychodynamic psychotherapy », *American Journal of Psychotherapy*, 69, 1-17.

- Petraglia J., Thygesen K.L., Lecours S., Drapeau M. (2009). «Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the New Defense Style Questionnaire-60», *American Journal of Psychotherapy*, 63, 87-99.
- Petrosky M.J., Birkimer J.C. (1991). «The relationship among Locus of Control, Coping Styles, and Psychological Symptom Reporting», *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 336-345.
- Plattner B., Silvermann M.A., Redlich A.D., Carrion V.G., Feucht M., Friedrich M.H., et al. (2003). «Pathways to dissociation: intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 781-788.
- Plutchik R. (1995). «A Theory of Ego Defenses», in H.R. Conte, R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement*, New York, John Wiley & Sons, p. 13-37.
- Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. (1979). «A Structural Theory of Ego Defenses and Emotions», in C.E. Izard (éd.), *Emotions in Personality and Psychopathology*, New York, Plenum Press, p. 229-257.
- Poenaru L., Lüthi-Faivre F., Moiroud P., Robert-Tissot C. (2011). «Évolution des mécanismes de défense au cours d'un traitement bref psychanalytique. Une étude de cas», *Annales Médico-psychologiques*, 169, 503-509.
- Pollock C., Andrews G. (1989). «Defense Styles Associated with Specific Anxiety Disorders», *American Journal of Psychiatry*, 146, 1500-1502.
- Pompili M., Rinaldi G., Lester D., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. (2006). «Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms», *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 135-143.
- Porcerelli J.H., Cogan R., Kamoo R., Miller K. (2010). «Convergent validity of the Defense Mechanisms Manual and the Defensive Functioning Scale», *Journal of Personality Assessment*, 92, 432-438.
- Presniak M.D., Olson T.R., Macgregor M.W. (2010). «The role of defensive mechanisms in borderline and antisocial personalities», *Journal of Personality Assessment*, 92, 137-145.
- Presniak M.D., Olson T.R., Porcerelli J.H., Dauphin V.B. (2010). «Changes in defensive functioning in a case of avoidant personality disorder», *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 134-139.
- Prunas A., Bernorio R. (2016). «Dimensions of personality organization and sexual life in a community sample of women», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42, 158-164.
- Ptacek J.T., Smith R.E., Espe K., Raffety B. (1994). «Limited Correspondance between Daily Coping Reports and Retrospective Coping Recall», *Psychological Assessment*, 6 (1), 41-49.
- Putnam F.W. (1991). «Dissociative disorders in children and adolescents», *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 519-531.
- Quayhagen M.P., Quayhagen M. (1982). «Coping with Conflict», *Research on Aging*, 4, 364-377.
- Recklitis C.J., Yap L., Noam G.G. (1995). «Development of a Short Form of the Adolescents Version of the Defense Mechanisms Inventory», *Journal of Personality Assessment*, 64, 360-370.
- Reich W. (1933). *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot, 1971.
- Reid W.H. (1980). *Basic intensive psychotherapy*. New York, Brunner & Mazel.
- Ribadier, A., Varescon I. (2017). «Étude des styles défensifs, des défenses et des stratégies de coping au sein d'une population alcoolodépendante», *L'Encéphale*, 43(3), 223-228.

- Riley J.L., Robinson M.E. (1997). « CSQ : Five Factors or Fiction ? », *Clinical Journal of Pain*, 13, 156-162.
- Riley J.L., Robinson M.E., Geisser M.E. (1999). « Empirical Subgroups of the Coping Strategies Questionnaire-Revised : A Multi-Sample Study », *Clinical Journal of Pain*, 15, 111-116.
- Ritzler B. (1995). « The Rorschach : Defense or Adaptation ? », in H.R. Conte et R. Plutchik (éds.), *Ego Defenses : Theory and Measurement*, New York, John Wiley & Sons, p. 263-282.
- Riviere J. (1937). « La haine, le désir de possession et l'agressivité », in M. Klein et J. Riviere, *L'Amour et la haine, le besoin de réparation*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque, 1982, p. 7-72.
- Robinson M.E., Riley J.L., Myers M.S., Cynthia D., Sadler I.J., Kvaal S.A. (1997). « The Coping Strategies Questionnaire : A Large Sample Item Level Factor Analysis », *Clinical Journal of Pain*, 17, 33-44.
- Rofé Y. (2008). « Does repression exist ? Memory, pathogenic, unconscious and clinical evidence », *Review of General Psychology*, 12, 63-85.
- Ross C., Joshi S., Currie R. (1990). « Dissociative Experiences in the General Population », *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Roter D.L., Hall J.A., Merisca R., Nordstrom B., Cretin D., Svarstad B. (1998). « Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance : A Meta-Analysis », *Medical Care*, 36, 1138-1161.
- Roth S., Cohen L.J. (1986). « Approach, Avoidance, and Coping with Stress », *American Psychologist*, 41(7), 813-819.
- Roussi P., Krikeli V., Hatzidimitriou C., Koutri I. (2007). « Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer », *Cognitive Therapy and Research*, 31, 97-109.
- Rutherford M.J., McDermott P.A., Cacciola J.S., Alterman A.I., Mulvaney F. (1998). « A Psychometric Evaluation of the Defense Style Questionnaire in Methadone Patients », *Journal of Personality Disorders*, 12, 119-125.
- Saint-Martin C., Valls M., Rousseau A., Callahan S., Chabrol H. (2013). « Psychometric evaluation of a shortened version of the 40-item Defense Style Questionnaire », *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 215-224.
- Salander P., Windahl G. (1999). « Does "Denial" really Cover our Everyday Experiences in Clinical Oncology ? A Critical View from a Psychoanalytic Perspective on the Use of "Denial" », *British Journal of Medical Psychology*, 72, 267-279.
- Sammallahti P., Aalberg V. (1995). « Defense Style in Personality Disorders : An Empirical Study », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 516-521.
- Sammallahti P., Aalberg V., Pentinsaari J.P. (1994). « Does Defense Style Vary with Severity of Mental Disorder ? An Empirical Assessment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 290-294.
- Sandin B., Chorot P., Santed M.A., Valiente R.M. (2004). « Differences in Negative Life Events between Patients with Anxiety Disorders, Depression and Hypochondriasis », *Anxiety, Stress, and Coping*, 17 (1), 37-47.
- Sandler J. (1991). « Discussion de l'exposé de Betty Joseph », in J. Sandler (éd.), *Projection, identification, identification projective*, Paris, PUF, p. 117-137.
- Sandler J., Freud, A. (1985). « Discussions in the Hampstead Index of the ego and the mechanisms of defense », in H.P. Blum (éd.), *Defense*

and resistance: Historical perspectives and current concepts, New York, International Universities Press, p. 19-146.

Schafer R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*, New York, Grune & Stratton.

Schafer R. (1997). «Vicissitudes of remembering in the countertransference: fervent failure, colonization, and remembering otherwise», *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1151-1153.

Scheier M.F., Weintraub J.K., Carver C.S. (1986). «Coping with Stress: Divergent Strategies of Optimists and Pessimists», *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1262.

Schreurs P.J.G., Van de Willige G., Brosschot J.F. (1988). *De Utrechtse Copinglijst: UCL Handleiding*, Lisse, Swets en Zeitlinger.

Schutz W.C. (1967). *The FIRO Scales Manual*, Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

Schwarzer R., Schwarzer C. (1996). «A Critical Survey of Coping Instruments», in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 107-132.

Scott B.G., Weems C.F. (2010). «Patterns of actual and perceived control: are control profiles differentially related to internalizing and externalizing problems in youth?». *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (5), 515-528.

Segal D.L., Coolidge F.L., Mizuno H. (2007). «Defense mechanism differences between younger and older adults: A cross-sectional investigation», *Aging and Mental Health*, 11, 415-422.

Seiffe-Krenke I. (1995). *Stress, Coping and Relationships in Adolescence*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Sekiya H., Sato A., Sakai Y., Naka Y., Suzuki K., Kashima H. et al. (2012). «Object relations in adolescence: a comparison of normal and inpatient adolescents», *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 270-275.

Seligman M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*, San Francisco, W.H. Freeman.

Seligman M.E., Csikszentmihalyi M. (2000). «Positive psychology: An introduction», *American Psychologist*, 55, 5-14.

Shaw R.J., Geurse M., Steiner H. (2008). «Defense mechanisms in schizophrenia», *Personality and Mental Health*, 2, 240-248.

Shaw R.J., Ryst E., Steiner H. (1996). «Temperament as a Correlate of Adolescent Defense Mechanisms», *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 105-114.

Shentoub V. et al. (1990). *Manuel du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

Sherbourne C.D., Meredith L.S. (1992). «Quality of self-report data: A comparison of older and younger chronically ill patients», *Journal of Gerontology*, 47, S204-S211.

Siefert C.J., Hilsenroth M.J., Weinberger J., Blagys M.D., Ackerman S.J. (2006). «The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy», *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 20-33.

Silverstein R. (1996). «Combat Related Trauma as Measured by Ego Developmental Indices of Defenses and Identity Achievement», *Journal of Genetic Psychology*, 157, 169-179.

Simeon D., Guralnik O., Knutelska M., Scmeidler J. (2002). «Personality Factors Associated with Dissociation: Temperament, Defenses, and Cognitive Schemata», *American Journal of Psychiatry*, 159, 489-491.

- Sinha B.K., Watson D.C. (1999). « Predicting Personality Disorder Traits with the Defense Style Questionnaire in a Normal Sample », *Journal of Personality Disorders*, 13, 281-286.
- Sinha B.K., Watson D.C. (2004). « Personality Disorder Clusters and the Defence Style Questionnaire », *Psychology and Psychotherapy*, 77, 55-66.
- Skinner E.A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*, Londres, Sage.
- Skinner E.A., Edge K., Altman J., Sherwood H. (2003). « Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping », *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269.
- Smith C., Thienemann M., Steiner H. (1992). « Defense Style Adaptation in Adolescents with Depressions and Eating Disorders », *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 185-186.
- Smith R.E., Leffingwell T.R., Ptacek J.T. (1999). « Can People Remember how They Coped? Factors Associated with Discordance between Same-Day and Retrospective Reports », *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, (6), 1050-1061.
- Soultanian C., Dardennes R., Mouchabac S., Guelfi J.D. (2005). « L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense: revue critique de 6 outils quantitatifs », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 792-801.
- Spinhoven P., Kooiman C.G. (1997). « Defense Style in Depressed and Anxious Psychiatric Outpatients: An Explorative Study », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 87-94.
- Spinhoven P., Van Gaalen H.A.E., Abraham R.E. (1995). « The Defense Style Questionnaire: A Psychometric Examination », *Journal of Personality Disorders*, 9, 124-133.
- Spitzer R., Endicott J., Robins E. (1975). « Research Diagnostic Criteria (RDC) », *Psychopharmacology Bulletin*, 11, 23-24.
- Spitzer R., Endicott J., Robins E. (1978). « Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability », *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Stanton A.L., Danoff-Burg S., Cameron C.L., Ellis A.P. (1994). « Coping Through Emotional Approach: Conceptualization and Confounding », *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (2), 350-362.
- Stanton A.L., Kirk S.B., Cameron C.L., Danoff-Burg S. (2000). « Coping through Emotional Approach: Scale Construction and Validation », *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, (6), 1150-1169.
- Steiner H., Araujo K.B., Koopman C. (2001). « The Response Evaluation Measure (REM-71): A New Instrument for the Measurements of Defenses in Adults and Adolescents », *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.
- Stone A.A., Greenberg M.A., Kennedy-Moore E., Newman M.G. (1991). « Self-Report, Situation-Specific Coping Questionnaires: What Are They Measuring? », *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-658.
- Strack S., Feifel H. (1996). « Age Differences, Coping, and the Adult Life Span », in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, and Applications*, New York, John Wiley & Sons, p. 485-501.
- Sullivan P.F., Bulik C.M., Hall S., Weltzin T.E., Kaye W.H. (1994). « Defense Style in Women with Eating Disorders », *International Journal of Eating Disorders*, 16, 251-256.
- Summerfeldt L.J., Endler N.S. (1996). « Coping with Emotion and Psychopathology », in M. Zeidner et N.S. Endler (éds.), *Handbook of*

Coping: Theory, Research, and Applications, New York, John Wiley & Sons, p. 602-639.

Swartzman L.C., Gwadry F.G., Shapiro A.P., Teasell R.W. (1994). «The Factor Structure of the Coping Strategies Questionnaire», *Pain*, 57, 311-316.

Taylor S.E. (1989). *Positive Illusions*, New York, Basic Books.

Tennen H., Affleck G., Armeli S., Carney M.A. (2000). «A Daily Process Approach to Coping», *American Psychologist*, 55 (6), 626-636.

Thienemann M., Shaw R.J., Steiner H. (1998). «Defense Style and Family Environment», *Child Psychiatry and Human Development*, 28, 189-198.

Thygesen K.J., Drapeau M., Trijsburg R.W., Lecours S., De Roten Y. (2008). «Assessing defenses styles: factor structure and psychometric properties of the new Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60)», *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 171-181.

Timmermann M., Naziri D., Etienne A.M. (2009). «Defence mechanisms and coping strategies among caregivers in palliative care units», *Journal of Palliative Care*, 25, 181-190.

Todd M., Tennen H., Carney M.A., Armeli S., Affleck G. «Do We Know how We Are Coping? Relating Daily Coping Reports to Global and Time-Limited Retrospective Assessments», *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), 310-319.

Tordjman S., Zittoun C., Ferrari P., Flament M., Jeammet P. (1997). «A Comparative Study of Defense Styles of Bulimic, Anorexic and Normal Females», *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34, 222-227.

Tori C.D., Bilmes M. (2002). «Multiculturalism and Psychoanalytic Psychology: The Validation

of a Defense Mechanisms Measure in an Asian Population», *Psychoanalytic Psychology*, 19, 701-721.

Trijsburg R.W., Van Spijker A., Van H.L., Hesselink A.J., Duivenvoorden H.J. (2000). «Measuring Overall Defensive Functioning with the Defense Style Questionnaire: A Comparison of Different Scoring Methods», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 432-439.

Tuttle D.H., Shuttly M.S., DeGood D. (1991). «Empirical Dimensions of Coping in Chronic Pain Patients: A Factorial Analysis», *Rehabilitation Psychology*, 36, 179-188.

Tuulio-Henriksson A., Poikolainen K., Aalto-Setälä T., Lonnqvist J. (1997). «Psychological Defense Styles in Late Adolescence and Young Adulthood: A Follow-Up Study», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1148-1153.

Tuulio-Henriksson A., Poikolainen K., Aalto-Setälä T., Lonnqvist J. (1997). «Psychological Defense Styles in Late Adolescence and Young Adulthood: A Follow-Up Study», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1148-1153.

Tychev, de C. (2001). «Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience», *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16, 49-68.

Ursin H., Edresen I.M., Ursin G. (1988). «Psychosocial Factors and Self-Reports of Muscle Pain», *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 57, 282-290.

Vaillant G.E. (1976). «Natural History of Male Psychological Health. V. The Relation of Choice of Ego Mechanisms of Defense to Adult Adjustment», *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.

- Vaillant G.E. (2000). « Adaptive Mental Mechanisms. Their Role in a Positive Psychology », *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vaillant G.E., Bond M., Vaillant C.O. (1986). « An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms », *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.
- Vaillant G.E. (2012). « Lifting the field's "repression" of defenses », *American Journal of Psychiatry*, 169, 885-887.
- Vaillant G.E., Drake R.E. (1985). « Maturity of Ego Defenses in Relation to DSM-III Axis II Personality Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
- Vaillant G.E., Gerber P.D. (1996). « Natural History of Male Psychological Health, XIII: Who Develops High Blood Pressure and Who Responds to Treatment », *American Journal of Psychiatry*, 153, 24-29.
- Valentiner D.P., Holahan C.J., Moos R.H. (1994). « Social Support, Appraisals of Event Controllability, and Coping: An Integrative Model », *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (6), 1094-1102.
- Van Wijk-Herbrink M., Andrea H., Verheul R. (2011). « Cognitive coping and defense styles in patients with personality disorders », *Journal of Personality Disorders*, 25, 634-644.
- Verreault M., Sabourin S., Lussier Y., Normandin L., Clarkin J.F. (2013). « Assessment of personality organization in couple relationships: Factorial structure of the inventory of personality organization and incremental validity over neuroticism », *Journal of Personality Assessment*, 95, 85-95.
- Vickers R.R., Conway T.L., Haight M.A. (1983). « Association between Levenson's Dimension of Locus of Control and Measures of Coping and Defense Mechanisms », *Psychological Reports*, 52, 322-333.
- Vickers R.R., Hervig L.K. (1981). « Comparison of Three Psychological Defense Mechanism Questionnaires », *Journal of Personality Assessment*, 45, 630-638.
- Vickers R.R., Hervig L.K., Rahe R.H., Rosenman R.H. (1981). « Type A Behavior Pattern and Coping and Defense », *Psychosomatic Medicine*, 43, 381-396.
- Vitaliano P.P. (1993). *Manual for the Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL) and Dimensions of Stress Scales (DSS)*, texte non publié, Université de Washington.
- Vos M.S., De Haes J.C.J.M. (2007). « Denial in cancer patients, an explorative review », *Psycho-Oncology*, 16, 12-25.
- Wainrib S. (2001). « La répressivité », *Revue française de psychanalyse*, 65, 123-139.
- Wastell C.A. (1999). « Defensive Focus and the Defense Style Questionnaire », *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 217-223.
- Watson D.C., Sinha B.K. (1998). « Gender, Age, and Cultural Differences in the Defense Style Questionnaire-40 », *Journal of Clinical Psychology*, 54, 67-75.
- Whitty M.T. (2003). « Coping and Defending: Age Differences in Maturity of Defense Mechanisms and Coping Strategies », *Aging and Mental Health*, 7, 123-132.
- Wool M.S. (1986). « Extreme Denial in Breast Cancer Patients and Capacity for Object Relations », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 196-204.
- Yasnovsky J., Araujo K., King M., Mason M., Pavelski R., Shaw R. et al. (2003). « Defense in school age children's versus parents' report », *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 307-323.

Zakowski S.G., Hall, M.H., Klein, L.C., Baum A. (2001). « Appraised control, coping, and stress in a community sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis », *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 158-165.

Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Fitzmaurice G. (2013). « Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and

prediction of recovery », *American Journal of Psychiatry*, 170, 111-120.

Zanarini M.C., Weingeroff J.L., Frankenburg F.R. (2009). « Defense mechanisms associated with borderline personality disorder », *Journal of Personality Disorders*, 23, 113-121.

Zeman J., Shipman K., Suveg C. (2002). « Anger and Sadness Regulation: Predictions to Internalizing and Externalizing Symptoms in Children », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31 (3), 393-398.

Index des notions

A

activisme 29, 37, 102
adaptation 200, 203
agoraphobie 155
alexithymie 41
alliance thérapeutique 163, 164, 272
amnésie 53, 55, 59
anorexie 47
anorexique 77, 91, 152
anxiété 205

B

bouc émissaire 46, 47
boulimie 47
boulimiques 152

C

clivage 22
cognitions 22
contre-transfert 94
contrôlabilité 203
coping centré sur l'émotion 188
coping centré sur le problème 188
culpabilité 40, 47, 171

D

défenses de caractère 172, 174
dénî projectif 77
dénî psychotique 80, 104, 105
dépression 69, 79, 88, 149, 152, 153, 154,
156, 160, 161, 167, 168, 171, 200, 213, 238
désir de mort 48
désirs incestueux 49, 89

désirs œdipiens 89

deuil 40

E

émotion 211, 213, 216
empathie 92
état de stress post-traumatique 59, 60,
62

H

hallucinations 56, 61, 62, 104
homéostasie 20
hyper-personnalisation-hyper-réalisation
56, 57
hypnose 62

I

idées délirantes 55, 104
impulsivité 38

L

limites 101, 174

M

mélancolie 79

N

névroses 86
névroses obsessionnelles 52
névrotiques 136, 166, 169, 171

P

paranoïa 104
paranoïdes 153, 156, 158
perfectionnisme 204, 231, 232, 243

personnalité 23, 240
personnalité limite 41, 49, 60, 79, 87, 99, 100, 103, 137, 139, 141, 158, 159, 160, 165
personnalité narcissique 70, 71, 97, 158, 159
personnalité paranoïde 147
personnalité psychopathique 38, 42, 101
personnalités névrotiques 174
phobie 46
phobie sociale 42, 155
problème 211, 213, 216
pseudo-altruisme 39
psychopathiques 41, 79, 103
psychoses 41, 45, 76, 86, 104, 105, 153
psychothérapie psychodynamique 112, 162, 164, 166, 167
psychotique 60, 81, 100, 141, 169, 173
pulsion 35, 36, 38, 40, 46, 50, 81, 83

R

recherche de sensations 102
régression 29, 56, 173
réparation 40, 102
résistances 172

S

sadiques 40, 99
sadisme 36
schizophrénie 55, 58, 61, 64, 104, 117, 129, 134, 136
somatisation 21
souplesse 218
soutien social 202
stress 183
stress perçu 184
suicide 153, 154
surmoi 15, 37, 39, 89

T

thérapies comportementales et cognitives (TCC) 166, 167, 242, 258, 272
transfert 172, 173, 174
traumatisme 57
trouble bipolaire 137
trouble obsessionnel-compulsif 58, 152, 155
trouble panique 58, 152, 155

Index des auteurs

A

André C. 243

B

Barlow D.H. 240

Beck A.T. 78, 243

Bergeret J. 20

Billings A.G. 211, 237

Bion W.R. 92

Bleuler E. 61

Bond M. 39, 115, 116, 120, 152, 166, 167

C

Callahan S. 254

Carver C.S. 214

Chabrol H. 238, 239, 254

Chapelle F. 244

Cheng C. 205, 218

Costa P.T. 231, 237

Cramer P. 18, 22, 125, 148, 151

E

Ellis A. 243

Endler N.S. 181, 208, 241

F

Fenichel O. 36, 43, 46, 49, 50, 51, 73, 104, 170, 173, 174

Folkman S. 185, 188, 194, 227

Freud A. 40, 43, 47, 63, 100, 109, 151, 170, 173

Freud S. 15, 29, 35, 37, 39, 42, 45, 51, 64, 78, 82, 83, 105, 151, 174

G

Gabbard G.O. 93, 94

Green A. 39

Grinberg 64

H

Holahan C.J. 184, 200, 206

I

Ionescu S. 20, 29, 37

J

Joseph B. 93, 96, 97

K

Kernberg O.F. 30, 68, 73, 81, 86, 90, 92, 93, 95, 97, 99, 118, 135, 169, 173, 174

Klein M. 40, 85, 92

Kramer U. 19, 20, 166, 255, 258

L

Laplanche J. 29, 36, 46, 90

Lazarus R.S. 185, 188, 193

M

McCrae R. 231, 237

Moos R.H. 184, 192, 200, 206, 211, 237

N

Newman L.S. 19

P

Parker J.D.A. 181, 208

Perry J.C. 31, 34, 41, 46, 55, 72, 85, 110, 111, 112, 113, 121, 125, 152, 156, 161, 165, 166, 167

Plutchik R. 21, 115, 116, 117, 154, 251, 253
Pontalis J.B. 29, 36, 46, 90

R

Reich W. 50, 174
Riviere J. 47, 81, 82, 83

S

Sagala J. 152
Seligman M.E.P. 194, 240

Skinner E.A. 193
Stanton A.L. 190, 216, 228
Sztulman H. 89, 92

T

Tychey C. de 35, 57, 63, 79, 100

V

Vaillant G.E. 22, 30, 33, 34, 36, 38, 39, 109,
146, 148, 149, 151, 152, 158, 254
Vitaliano P.P. 212