

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Henri Chabrol

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2005/3 N° 82 | pages 31 à 42

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

!Pour citer cet article :

Henri Chabrol, « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers* 2005/3 (N° 82),
p. 31-42.

DOI 10.3917/rsi.082.0031

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L ES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Henri CHABROL,
Professeur de psychopathologie
à l'Université du Mirail, Toulouse.

RÉSUMÉ

Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. Les concepts d'organisation défensive, de style défensif, décrivant des combinaisons de mécanismes de défense, relativement stable et caractéristique de la personnalité d'un sujet, apparaissent une dimension majeure du fonctionnement de la personnalité, du normal au pathologique. Les études sur les mécanismes de défense ont conquis l'intérêt des cliniciens, largement en dehors du champ psychanalytique. Cependant, la fidélité et la validité insuffisantes des moyens d'évaluation limitent encore les études empiriques des relations des mécanismes de défenses avec la santé psychologique ainsi que des utilisations thérapeutiques de ces concepts.

Mots clés : mécanismes de défense, coping, évaluation, thérapie

ABSTRACT

Defence mechanisms are mental operations that are involuntary and unconscious and contribute to reduce internal and external stresses. The concept of defensive organisation or style, defined as a set of defence mechanisms relatively stable and characteristic of personality, from normal to pathology. Studies on defence mechanisms have gained the interest of clinicians, largely outside the psychoanalytical field. However, the lack of reliability and validity of the assessment instruments still limits the empirical studies of the relation between defence mechanisms and psychological health as well as of their therapeutic implications.

Key-words: defence mechanisms, coping, assessment, therapy

INTRODUCTION

Notre résilience, notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise 2 types d'opérations mentales, les mécanismes de défense et les processus de coping. Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement. Au contraire, les processus de coping, mot traduit en français par stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise, sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. Les mécanismes de défense ont été découverts par la psychanalyse et occupent une place importante dans les théories et les thérapies psychanalytiques. Les processus de coping ont été étudiés par les méthodes de la psychologie scientifique et font actuellement l'objet principalement de l'intérêt des psychologues de la santé et des thérapeutes cognitivo-comportementalistes qui leur accordent une place importante dans leurs théories et leurs thérapies. Le peu de communication ou les conflits entre les approches psychanalytique et cognitive-comportementale ont conduit à des réflexions et à des études parallèles de la défense et du coping. Très peu de publications abordent l'étude des relations entre défense et coping.

Tout pousse au contraire à reconnaître l'intérêt et la nécessité de ces études conjointes (Chabrol et Callahan, 2004).

D'abord, l'opposition entre les mécanismes de défense, automatiques et inconscients, et les processus de coping, mis en jeu volontairement et consciemment, dichotomise assez artificiellement les opérations mentales et ne rend pas compte de leur complexité qui laisse la place à des processus mentaux intermédiaires, dont les degrés de conscience et d'intentionnalité sont variables.

Ensuite, défense et coping coexistent en chacun de nous. L'opposition entre les défenses qui serait pathologiques et le coping qui serait adaptatif est maintenant dépassée. Défense et coping peuvent être des processus adaptatifs ou mal adaptatifs. Ce caractère fonctionnel ou dysfonctionnel dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping.

Enfin, défense et coping s'activent habituellement conjointement ou successivement et contribuent ensemble à notre adaptation aux difficultés de la vie

quotidienne, comme aux situations difficiles de la vie ou aux traumatismes majeurs.

Défense et coping constituent donc deux dimensions entremêlées de nos moyens de faire face aux problèmes intérieurs et extérieurs qu'il est important de prendre en compte simultanément pour la compréhension du sujet en souffrance comme pour la compréhension des facteurs contribuant à la santé. Il paraît également évident que les interventions thérapeutiques pour les sujets en souffrance peuvent bénéficier d'une approche intégrative visant à l'amélioration conjointe du système de défense et de coping du sujet.

Cet article présentera successivement le problème de la classification des mécanismes de défense, la description des principaux mécanismes de défense, leur mesure, les études des relations entre défense et santé psychique et physique, les implications thérapeutiques.

LE PROBLÈME DE LA CLASSIFICATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Deux principales classifications ont été proposées. La première classe les mécanismes de défense en fonction de leurs effets plus ou moins adaptatifs. La seconde les classe en fonction de leur cible principale, les émotions ou les pensées.

Classification en fonction du caractère adaptatif

La classification la plus habituelle distingue les défenses matures, les défenses névrotiques ou intermédiaires et les défenses immatures en fonction de leur niveau adaptatif. Les défenses matures contribuent à la santé psychique et physique. Les défenses névrotiques d'abord liées aux névroses où elles sont prédominantes sont maintenant plutôt appelées défenses intermédiaires car elles sont utilisées par chacun d'entre nous. Les défenses immatures, quand elles prédominent, sont liées aux troubles de la personnalité, aux troubles psychiatriques, comme les dépressions graves ou les psychoses. Le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Association américaine de psychiatrie, 1994) propose une classification en 7 niveaux avec un niveau mature et intermédiaire et une subdivision des défenses immatures en 5 niveaux.

Ces classifications en niveaux ont été critiquées. D'abord, certaines études ont suggéré que les

défenses pouvaient se classer sur une seule dimension, allant du plus dysfonctionnel au plus fonctionnel, selon une continuité, sans distinction claire de niveaux. Ensuite, certains auteurs ont insisté sur le fait que tous les mécanismes de défense pouvaient servir l'adaptation et aider à surmonter l'adversité. L'efficacité adaptative d'un mécanisme de défense dépend de sa nature, mais aussi de l'intensité et de la souplesse de sa mise en jeu, et des circonstances. Pour chaque mécanisme de défense, les modes d'activation légère tendent à être fonctionnelles, et les variantes plus intenses tendent à être dysfonctionnelles. Le niveau de stress subi intervient aussi dans l'adaptation. Dans les stress majeurs, les mécanismes de défenses 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. Dans les situations extrêmes, même les mécanismes habituellement considérés comme les plus pathologiques peuvent servir à surmonter l'adversité.

Classification en fonction de la cible

Certains auteurs ont distingué les défenses dirigées contre les pensées ou cognitions et celles dirigées directement contre l'émotion. L'humour est un exemple des mécanismes modifiant les cognitions. 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.

Cette classification est largement artificielle : les défenses centrées sur les cognitions agissent indirectement sur les émotions puisque les cognitions déterminent ou tout au moins influencent fortement les émotions. D'autre part, les défenses centrées sur l'émotion peuvent recourir à des processus cognitifs. La cible ultime des mécanismes de défenses est les émotions : *«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.»* (Anna Freud, 1936, p. 32).

Ces deux classifications ne doivent donc pas faire sous estimer la relative unité des mécanismes de défense.

LA DESCRIPTION DES PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE

La question du nombre des mécanismes de défense.

Il n'existe pas de consensus sur le nombre de mécanismes de défense qui est très variable selon les auteurs. 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).

Les mécanismes de défenses seront présentés par niveau selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV. Cette échelle représente une étape importante vers l'intégration de l'approche psychanalytique 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 défenses présentés et pour les organiser hiérarchiquement en 7 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.

Les 7 niveaux sont : le niveau adaptatif élevé représentant les défenses matures, le niveau des inhibitions mentales représentant les défenses intermédiaires névrotiques et les niveaux immatures avec les niveaux de distorsion mineure et majeure de l'image de soi et des autres, le niveau du désaveu, le niveau de l'agir et le niveau de la dysrégulation défensive.

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. 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, 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, 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 (déli, projection, rationalisation).

Le niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres regroupe des défenses produisant une distorsion majeure ou une confusion de l'image de soi et des autres (clivage, identification projective, rêverie autistique,).

Le niveau de l'agir est constitué de défense par l'agir ou le retrait (passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, 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).

L'ouvrage « Mécanismes de défense et coping » (Chabrol et Callahan, 2004) présentent ces mécanismes de défense en les illustrant par des exemples cliniques.

Le niveau adaptatif élevé

Le 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, s'activant 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 et qui ne seront pas décrites ici.

L'humour

L'humour souligne « les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress » (DSM-IV). L'humour, qui s'applique à soi-même, s'oppose à l'ironie et au sarcasme qui s'exercent aux dépens des autres. 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). Pour Freud (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).

Freud considérait l'humour « comme la plus haute des réalisations de défense » (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) dont il transfigure la connotation émotionnelle en lui adjoignant une composante positive, transformant partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir.

La sublimation

La sublimation canalise « des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (ex : les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère) » (DSM-IV). La sublimation permet aussi de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir. 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 intellectuelle. La définition du DSM-IV étend

clairement la sublimation à l'agressivité et élargit l'expression de la sublimation aux activités positives de la vie quotidienne. La sublimation permet également de lutter contre les affects dépressifs.

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, 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. Cette anticipation anxieuse, loin de préparer le sujet à affronter la situation, peut entraîner des réponses dysfonctionnelles comme une attitude d'évitement.

La répression

La répression 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). Ces éléments perturbants sont écartés dans le préconscient et restent accessibles. La répression peut être assimilée à un oubli réversible et fonctionnel.

L'altruisme

L'altruisme est une réponse aux conflits et aux stressors, 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). 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).

L'altruisme n'est pas toujours facile à distinguer du **pseudo-altruisme** classé dans les mécanismes névrotiques. Le pseudo-altruisme prend trois aspects principaux : 1) 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 ; 2) le pseudo-altruisme peut résulter d'une formation réactionnelle contre l'agressivité ; 3) 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.

Niveau des inhibitions mentales et des formations de compromis

Ce niveau correspond au niveau névrotique ou intermédiaire constitué de défenses maintenant hors de la conscience des idées, des sentiments, des souvenirs, des désirs ou des craintes potentiellement menaçants. 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 utilisés par les sujets exempts de tout trouble psychopathologique significatif dits « non cliniques ». Les défenses intermédiaires/névrotiques « sont utilisées par tout le monde, en particulier aux périodes difficiles de la vie » (Bowins, 2004, p. 9).

Le refoulement

Le refoulement expulse « *de la 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). L'affect peut être déplacé, isolé ou refoulé.

En clinique, le refoulement peut se trahir par des vides, par l'absence des réponses auxquelles on s'attendrait comme à des réactions appropriées à la réalité : le clinicien n'observe pas les idées, sentiments, attitudes qu'il s'attendrait à retrouver. Le refoulement peut aussi se manifester par une absence de souvenirs.

Le refoulé, bien qu'il ne soit pas accessible à la conscience, reste toujours actif et nécessite une consommation incessante d'énergie psychique qui 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 : 1) les **actes manqués, lapsus**, montrant des pensées, des sentiments, des intentions en contradiction avec les contenus conscients ; 2) les **rêves** révélant clairement des désirs, des pulsions, des sentiments, des pensées, différents de ce que le sujet éprouve dans la vie diurne ; 3) Ce qui est insuffisamment refoulé peut être déplacé ou projeté ; 4) des **symptômes névrotiques**.

Freud a insisté sur le caractère universel du refoulement : « *Personne n'échappe au refoulement* » (Freud, 1946, p. 55). Le refoulement est un mécanisme essentiel du développement normal chez l'enfant 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 déplacement

Le déplacement transfère « un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant) » (DSM-IV). Le déplacement est à l'origine de phobies.

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. 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. Le déplacement peut concerner une autre personne, un objet inanimé, ou une autre situation.

La formation réactionnelle

Une formation réactionnelle substitue « 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). La formation réactionnelle vient renforcer le refoulement par le contre-investissement d'attitudes opposées au désir refoulé.

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. (Anna Freud, 1965, p. 11).

Les formations réactionnelles peuvent être durables mais limitées à une relation ou une catégorie de relation. Ainsi, une surprotection peut-être une formation réactionnelle contre l'agressivité à l'égard d'un enfant.

Les formations réactionnelles peuvent être généralisées et se manifester par un trait de caractère. Par exemple, l'agressivité contre le père peut conduire à un trait de personnalité réactionnel marqué par une attitude sociale générale de soumission.

Les formations réactionnelles ont un rôle important dans le développement normal, en particulier à la phase de latence où elle sont le fondement d'un grand nombre de nos vertus (Freud, 1942, p. 152-153).

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.

L'annulation

L'annulation utilise « des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables » (DSM-IV).

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.

L'isolation

L'isolation sépare « les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (ex : un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (ex : des détails descriptifs) » (DSM-IV). L'isolation de l'affect peut être formulé comme un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation.

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. Elle peut persister à distance, liée à une absence d'élaboration psychique, et s'intégrer aux symptômes d'un état de stress post-traumatique.

La dissociation

La dissociation altère « les fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur » (DSM-IV). Elle permet de se détacher de la réalité interne ou externe.

Les manifestations principales de la dissociation sont l'absorption dans l'imaginaire, la dépersonnalisation et la déréalisation où le sujet a l'impression de vivre un rêve, un sentiment d'étrangeté et d'irréalité. Elle peut se manifester par une amnésie. La prévalence élevée des manifestations de la dissociation dans la population générale, en particulier des formes les plus légères suggère que la dissociation est un mécanisme de défense majeur.

La fonction adaptative de la dissociation se révèle dans les situations de stress intense où elle permet au sujet de se détacher d'une réalité insupportable.

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). Elle permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle. Les **généralisations** servent à banaliser en se référant à l'expérience collective (« C'est la vie ! »). **L'abstraction** permet de s'évader d'une réalité pénible en privilégiant le monde des idées et du raisonnement logique. L'intellectualisation a donc une forte composante cognitive.

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 limitées et narcissiques. Elles sont également très utilisées à l'adolescence. Les adultes, exempts de tout troubles psychopathologiques, peuvent également y recourir.

L'idéalisation

L'idéalisation attribue aux autres des qualités exagérément positives.

En fait, il faut 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. 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. 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. Les thérapeutes font souvent l'objet d'une idéalisation primitive de la part des personnalités limitées ou narcissiques et des adolescents.

La dépréciation

La dépréciation produit des représentations injustement et exagérément inférieures de certaines personnes. Sa fonction est de protéger l'estime de soi

(Si l'autre est nul, on n'a pas à se remettre en question) ou d'éviter les sentiments de perte en cas de séparation ou de menace de séparation (Si l'autre est sans valeur, s'en séparer est un soulagement).

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).

La personnalité narcissique est caractérisée par la prédominance de l'omnipotence manifestée par le sens grandiose de sa propre importance, de la dévalorisation des autres sauf de quelques individus protégés par l'idéalisation primitive.

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 limitées mais elles peuvent être utilisées par les sujets « névrotiques » et « non-cliniques ».

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). Cette définition recouvre la réalité psychique et la réalité externe. Le déni est l'exclusion active et inconsciente de certaines informations hors de l'attention focale. 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 et elle peut ne pas être permanente. L'entourage et le soignant peuvent avoir l'impression que le sujet sait et ne sait pas à la fois. On a parlé de « demi-savoir ».

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 Tychev, 2001, p. 55).

On a parlé de déni normal, sain ou mature pour désigner ces illusions positives qui contribuent à édulcorer les inévitables difficultés de la vie. Dans certains troubles psychologiques, cette capacité d'auto-illusion est altérée en particulier dans les dépressions.

Comme pour le refoulement, il existe 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.

La projection

La projection attribue «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. Plus généralement, la projection peut concerner tout ce que notre esprit ressent comme douloureux ou déplaisant (Joan Riviere, 1937).

Dans une première forme de projection, le sujet s'est complètement débarrassé de la pulsion ou de l'affect inacceptable ou désagréable qui ne sont plus ressentis. 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.

Dans une autre forme de projection, la pulsion est toujours ressentie. Ainsi l'agressivité peut être projetée à l'extérieur mais être toujours éprouvée et mobilisée contre le danger perçu à l'extérieur. Joan Riviere (1937) a vu dans ce mécanisme «notre première mesure de sécurité» (p. 19) dont il est fait un usage «universel» (p. 19) pour se défendre des forces destructrices internes. 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).

La rationalisation

La rationalisation dissimule «les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées» (DSM-IV). 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, 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.

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.

Le clivage

Le clivage compartimente «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). 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.

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.

Le clivage est au centre de l'organisation défensive des états limites et des psychoses comme l'est le refoulement pour les névroses. Dans l'état limite, le clivage protège le moi des conflits intrapsychiques en dissociant les représentations contradictoires de soi et des autres. Le clivage protège le sujet d'une ambivalence intense : «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).

L'identification projective

L'identification projective est 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 même qu'il lui avait faussement attribué, rendant difficile de clarifier qui a fait quoi à qui le premier» (DSM-IV).

L'identification projective est difficile à repérer 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. En situation thérapeutique, le soignant peut en éprouver la puissance et le caractère contraignant : l'identification projective « 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).

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.

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 ressentir comme menaçant et agressif. Le sujet se montre méfiant, dévalorisant et hostile envers le soignant et lui reproche de se conduire de façon rejetante, méprisante et agressive. Le soignant 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 pousse à contre-attaquer et à rejeter le patient. Le soignant peut se sentir victime 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. L'identification projective concordante peut aussi concerner les parties dévaluées, dépressives de soi, les désirs sexuels refusés ou les parties idéalisées de soi.

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. D'autres formes d'identification projective complémentaires 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 harcèle-

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

La rêverie autistique

La rêverie autistique substitue « une rêverie diurne excessive aux relations interpersonnelles, à une action plus efficace ou à réfléchir à la résolution du problème » (DSM-IV).

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. La rêverie peut être pathologique par son caractère envahissant, par la nature des fantasmes qui la sous-tendent ou par l'importance du déni de la réalité. Elle se rencontre principalement dans les personnalités limites ou psychotiques.

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.

Le passage à l'acte

Le passage à l'acte 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).

Les passages à l'acte défensifs sont 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.

Les passages à l'acte agressifs ou dangereux ou excessifs se rencontrent dans les personnalités limites et psychopathiques mais aussi à l'adolescence. 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.

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).





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

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).

Cette défense permet au sujet d'exprimer son agressivité tout en la niant. Cette défense doit être connue des soignants 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 personnalités masochistes, limites et psychopathiques.

L'agression passive

L'agression passive exprime « *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). On la rencontre souvent à l'adolescence en particulier face aux contraintes scolaires ou familiales.

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. Ces défenses peuvent être adaptatives, à un certain degré, dans les situations extrêmes (camps de concentration...).

La projection délirante

La projection délirante est une projection avec rupture du contact avec la réalité. 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 persécutions qui sont les

idées délirantes les plus fréquentes résultent de la projection. 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.

Le déni et la distorsion psychotiques

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. Deux attitudes coexistent, l'une tient compte de la réalité, l'autre, détache le moi de la réalité.

La distorsion psychotique entraîne, quant à elle, 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.

LA MESURE DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Les quatre principales méthodes de mesure sont 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). 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.

Pour améliorer la fidélité de l'évaluation clinique par entretien ont été proposées des échelles présentant des définitions opérationnelles des mécanismes de défense, l'Échelle de Fonctionnement Défensif du DSM-IV et les Defense Mechanism Rating Scales (DMRS, récemment traduite en français, Perry et al., 2004) dont la cotation prend beaucoup de temps. Cette échelle probablement trop complexe et d'usage difficile n'a été que très peu utilisée.

Quelques questionnaires ont été proposés. Ils explorent des comportements défensifs, expression manifeste des mécanismes de défense. Bien qu'ils soient le moyen d'évaluation le plus utilisé parce que le plus facile, les auto-questionnaires ont été considérés comme insuffisants. Le plus utilisé est le Defense Style Questionnaire dont la version française à 40 items est présentée dans « Mécanismes de défense et coping » (Chabrol et Callahan, 2004).

Des tests ont été élaborés pour mesurer les défenses, le Defense Mechanism Inventory (DMI ; Ihilevich et Gleser, 1995) qui évalue les réactions du sujets à des histoires conflictuelles et le Defense Mechanism Profile (Johnson, 1982, cité par Chabrol et Callahan, 2004) est un test de phrases à compléter. Ces tests, qui ont diverses limitations, ne semblent pas avoir été traduits et validés en langue française.

Les tests projectifs sont probablement le mode d'évaluation qui pose le plus de problème de fidélité et de validité. Deux principales échelles d'évaluation des défenses ont été proposées pour le test de Rorschach : l'Échelle de défense de Lerner et Lerner (LDS, 1980) et les Rorschach Defense Scales (RDS) de Cooper et al. (1988) (cités par Chabrol et Callahan, 2004). Ces deux échelles ont encore à faire la preuve d'une reproduction suffisante des résultats par des investigateurs indépendants pour être considérées comme validées empiriquement. Les échelles de défenses élaborées avec le Thematic Apperception Test (TAT) ont les mêmes limitations.

Les études empiriques sont pour l'instant limitées par l'insuffisance de fidélité des instruments d'évaluation marquée par un faible accord inter-juges pour les échelles par observateur externe ou un faible accord inter-instruments. La possibilité de faire entrer les mécanismes de défense dans le champ de la psychologie scientifique n'est pas encore démontrée. Le degré de fidélité n'apparaît pas satisfaisant pour un usage clinique.

ÉTUDES DES RELATIONS ENTRE DÉFENSE ET SANTÉ PSYCHIQUE ET PHYSIQUE

Les études de Vaillant et al. (cités par Chabrol et Callahan, 2004) ont montré que la maturité des défenses prédisait la bonne santé mentale et physique. Les études de Vaillant et al. sont de vastes observations longitudinales évaluant les relations entre histoires de vie, mécanismes de défense et adaptation psychosociale. Dans les deux échantillons, très différents socio-économiquement, le degré d'utilisation des défenses matures a été corrélés avec différents indicateurs de santé physiques et mentales mesurés environ 20 ans plus tard : les défenses matures prédisaient l'adaptation psychosociale, le soutien social, le plaisir à vivre, et le fonctionnement physique subjectif. Par contre, les défenses matures ne prédisaient pas la santé physique objective.

La plupart des études ont retrouvé que les niveaux de défense distinguaient les sujets ayant des troubles psy-

chiatriques des sujets contrôles. Les études utilisant le DSQ ont régulièrement retrouvé que les défenses immatures distinguaient les sujets ayant un trouble psychiatrique des sujets contrôles. Par contre, la plupart des études comparant les défenses de divers troubles psychiatriques ont trouvé peu de différence.

Certaines études ont évalué si des défenses particulières étaient associées aux différents troubles psychiatriques. Les troubles dépressifs et anxieux ont été les plus étudiés avec des résultats peu concordants. La capacité de la mesure des mécanismes de défense à distinguer les différents troubles de la personnalité a donné des résultats contradictoires.

IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Plusieurs études ont évalué les effets des thérapies sur les mécanismes de défense. Les résultats sont difficiles à interpréter. Ils suggèrent 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. Toutefois, les modifications des défenses obtenues avec des thérapies non dynamiques n'ont été observées qu'avec le DSQ. Or, 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.

La capacité de l'évaluation des défenses à prédire l'évolution thérapeutique est également douteuse. Les études empiriques n'ont pas confirmé que les défenses immatures soient liées à un pronostic thérapeutique plus défavorable et qu'il soit important de les prendre en compte dans la stratégie thérapeutique.

C'est bien sûr la psychanalyse qui a mis l'accent sur l'intérêt d'un travail thérapeutique centré sur les mécanismes de défense. Cette analyse des mécanismes de défense peut se faire 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 prend 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.

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). 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 devront être évaluées. La place des études qualitatives dans cette démarche sera également importante.

BIBLIOGRAPHIE

Association américaine de psychiatrie (1994). DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 1996.

BOWINS B. (2004). Psychological defense mechanisms : a new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-26.

CHABROL H, CALLAHAN S. (2004). Mécanismes de défense et coping. Paris, Dunod.

de TYCHEY C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 16, 49-68.

FREUD A. (1936). Le moi et les mécanismes de défense. Paris, PUF, 1996.

FREUD A. (1965). Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris, Gallimard, 1968.

FREUD S. (1905). Le mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient. Paris, Gallimard, 1988.

FREUD S. (1946). Abrégé de psychanalyse, Paris, PUF, 1949.

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, 221-246.

KERNBERG O.F. (1984). Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques, Paris, PUF, 1989.

KERNBERG O.F. (1987). « Projection et identification projective : aspects développementaux et aspects cliniques », in J. Sandler (éd.), *Projection, identification, identification projective*, Paris, PUF, pp139-168, 1991.

PERRY J.C., GUELFY JD, DESPLAND JN, HANIN B. (2004). Echelles d'évaluation des mécanismes de défense, Paris, Masson.

RIVIERE J. (1937). « La haine, le désir de possession et l'agressivité », in M. Klein, J.

Riviere, L'amour et la haine, le besoin de réparation, Paris, Petite Bibliothèque Payot, pp 7-72, 1982.

SCHAFFER R. (1954). Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. New York, Grune & Stratton.

VAILLANT GE. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.