

Défenses du thérapeute et niveau de formation

Une étude exploratoire

Sandrine Valloton, Yves de Roten, Jean-Nicolas Despland

Institut universitaire de psychothérapie, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: Cette étude a été soutenue par le Fond National Suisse de la Recherche Scientifique, Subsidés 3200BO-100706/1.

Summary

Therapist defense mechanisms and training level: an exploratory study

Of all the variables studied in psychotherapy research, the therapists themselves appear to constitute the strongest predictors of the therapeutic process and results. We currently, however, have very little research data to explain this effect.

To date, no research has yet focused specifically on the defenses employed by psychotherapists during their sessions. This study sought to evaluate two principal factors: (1) the absolute frequency of defense mechanisms employed by therapists during therapy sessions and relative frequency of the different defense mechanisms used; (2) the effect of psychotherapy training on the frequency of the therapist's defense mechanisms.

The study sample was comprised of 12 therapists, divided into the three following categories: novice, experienced (training completed), and expert. The therapy consisted of brief psychodynamic intervention (BPI) conducted over four sessions. The therapist's defense mechanisms were measured by means of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS, Perry, et al., 2004). The results have demonstrated that all therapists employ several different defense mechanisms, corresponding to different levels of experience. Furthermore, novice therapists have been shown to use no more defense mechanisms than those who are more experienced. Finally, the defensive level of the therapist was found to have no effect on the intervention's results. This study paves the way for a promising line of research, validating the merit in studying processes of regulating a therapist's affect during psychotherapy sessions, which can sometimes prove extremely intense.

Key words: defense mechanisms; training; therapist; affect regulation

Introduction

Parmi l'ensemble des variables étudiées par la recherche en psychothérapie, le thérapeute en tant que tel semble être le facteur prédictif le plus robuste du processus et des résultats thérapeutiques [1, 2, 3]. Suivant les auteurs, la personne du thérapeute explique 5% à 10% de la variance des résultats, soit un ordre de grandeur comparable à celui de l'alliance thérapeutique. Les variables associées aux types de traitements ou aux caractéristiques cliniques des patients (diag-

nostic par exemple) n'expliquent qu'une petite part de la variance, en général inférieure à 2% [4]. Les études au cours desquelles cette variable a été particulièrement contrôlée pour éviter qu'elle ne joue un rôle dans les résultats n'ont pas réussi à neutraliser l'effet de ce facteur [5, 6].

Actuellement on ne dispose que de très peu de recherche et de résultats qui permettent d'expliquer cet effet. Il est possible de distinguer les thérapeutes en fonction de paramètres considérés comme stable (*trait* en anglais) et observés (p.ex. sexe, âge) ou inférés (p.ex., valeurs, attitudes), ainsi que de paramètres d'état (*state* en anglais) observés (p.ex. formation, expérience) ou inférés (p.ex. adhérence, technique). C'est cette dernière catégorie qui a reçu le plus d'attention de la part des chercheurs et qui a démontré avoir le plus d'influence sur les résultats des thérapeutes [1]. Corrélativement, on sait peu de chose sur les raisons pour lesquelles les thérapeutes varient dans leur adhérence et leur compétence dans l'application d'une technique thérapeutique donnée.

Quelques études se sont intéressées aux mécanismes de régulation émotionnelle des thérapeutes, qu'il est possible d'opérationnaliser en termes de stratégies d'adaptation (*coping*) ou de mécanismes de défense. Bien des définitions existent concernant les mécanismes de défense (voir p.ex. [7]). Pour notre part, en référence au DSM-IV, nous définirons la défense comme une activité mentale protectrice qui intervient entre les besoins individuels et la réalité externe. Les mécanismes de défense opèrent en réponse à des facteurs de stress internes et externes, d'une manière généralement inconsciente.

Ainsi dans des situations particulièrement stressantes telles que le traitement d'enfants traumatisés [8] ou dans les soins d'urgence [9], il a été possible de mettre en évidence une augmentation des stratégies de *coping* des thérapeutes en fonction du niveau de formation et de supervision [8, 9, 10]. Chez les soignants en oncologie, on observe l'utilisation de nombreux mécanismes de défense, définis comme des stratégies utilisées pour gérer le stress et les affects négatifs émergeant au cours d'une consultation [11]. En relation avec les émotions manifestées par le patient, les thérapeutes manifestent un large éventail de mécanismes de défense, en particulier le déplacement, l'intellectualisation et la rationalisation. Il a aussi été possible de mettre en évidence que les mécanismes de défense des soignants étaient en rapport avec leur capacité à se former à la communication avec les patients. Les soignants qui utilisaient des mécanismes de défense plus matures ou plus adaptatifs ont pu acquérir de nouvelles compétences communicationnelles, alors que les soignants qui utilisaient des mécanismes de défense plus

Correspondance:

Sandrine Valloton Zulauf, MD
Service de psychiatrie générale
Site de Cery
CH-1008 Prilly
Switzerland
Sandrine.Valloton[at]chuv.ch

Table 1 Niveaux et mécanismes de défense du DMRS.

Niveaux	Mécanismes de défense
De maturité	Affiliation, altruisme, anticipation, humour, affirmation de soi, introspection, sublimation, répression
Obsessionnel	Isolation, intellectualisation, annulation rétroactive
Autre névrotique	Répression, dissociation, formation réactionnelle, déplacement
Narcissique ^a	Omnipotence, idéalisation, dévalorisation
De désaveu	Déni névrotique, projection, rationalisation, fantasmatisation autistique
Borderline ^b	Clivage, identification projective
Par l'agir	Passage à l'acte, agressivité passive, hypocondrie

Note. ^a appelé également niveau par distorsion mineur de l'image, ^b appelé également niveau par distorsion majeure de l'image.

immatures ne modifiaient pas leur manière d'être en relation avec le patient après cette formation [12, 13].

Bien que la formation en psychothérapie au sens strict soit davantage axée sur les réactions du thérapeute et sur leur manière de conduire la relation avec leur patient, par opposition à la formation que reçoivent les soignants en médecine somatique ou en oncologie, l'étude des stratégies d'adaptation et des mécanismes de défense des thérapeutes confrontés à des situations difficiles, la question nous semble importante. Il est évident que même les thérapeutes les plus expérimentés sont confrontés à des moments difficiles et qu'ils devront s'adapter à des émotions pénibles ou douloureuses [14]. Dans les psychothérapies psychanalytiques, les études conduites à ce jour se sont concentrées sur l'évaluation du contre-transfert. Ainsi, une méta-analyse récente démontre l'influence du contre-transfert sur les résultats de la thérapie et l'importance de la prise en compte de celui-ci pour en atténuer les effets négatifs [15].

Les mécanismes de défense ont d'abord été étudiés chez les patients [16, 17, 18]. Il a été mis en évidence par exemple une association privilégiée entre certains mécanismes de défense et les troubles dont souffre le patient [19]. Un changement dans le fonctionnement défensif au cours du traitement vers un plus haut degré de maturité du profil défensif est associé aux résultats positifs de psychothérapies brèves et de longue durée [20]. L'interprétation des mécanismes de défense du patient constitue par ailleurs une technique utilisée couramment en psychothérapie psychanalytique et dont on a pu montrer les effets sur la relation thérapeutique [21] et sur les résultats [22].

A notre connaissance, aucune recherche ne s'est intéressée directement aux défenses des psychothérapeutes au cours d'une psychothérapie. Cette étude cherche plus particulièrement à documenter les deux questions suivantes:

1. Quelles sont les mécanismes de défense utilisés par le thérapeute durant les séances de thérapies? En fonction des données de l'étude sur les soignants [12], on s'attend à observer une grande diversité de mécanismes de défense et une grande variabilité en fonction des thérapeutes et des séances de psychothérapie.
2. Quel est l'effet de la formation à la psychothérapie sur la fréquence des mécanismes de défense du thérapeute? Sur la base des résultats obtenus dans les études sur le coping [8, 9, 10], nous faisons l'hypothèse que plus le niveau de formation augmente, plus la fréquence des

mécanismes de défense diminue, et plus le niveau de fonctionnement défensif global augmente.

Méthode

Échantillon

Traitement et formation: L'intervention psychodynamique brève (IPB) est une intervention psychothérapeutique brève manualisée en quatre séances, à raison d'une séance par semaine [33]. En bref, il s'agit d'une intervention basée sur la théorie des relations d'objet et sur les principes de la psychothérapie psychodynamique brève. L'attitude thérapeutique générale est non-directive, qui encourage les associations libres. Plusieurs travaux de recherche ont mis en évidence son efficacité [34, 35, 36]. La formation des thérapeutes comprend une formation générale à la psychothérapie psychodynamique, qui dure 4 ans, et comprend chaque année 80 heures de cours théoriques et d'ateliers cliniques, ainsi que 40 heures de supervision de cas. S'y ajoute une formation spécifique à l'IPB, avec un module de base de 4 journées, puis un séminaire hebdomadaire de supervision de 1 heure 30 et des supervisions individuelles.

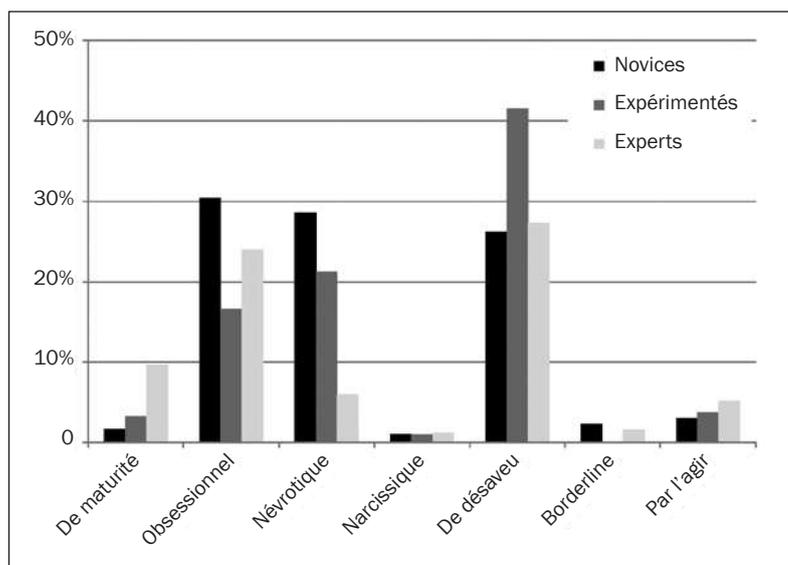
Thérapeutes: Douze thérapeutes ont été sélectionnés en fonction de leurs différents niveaux de formation: 4 thérapeutes *novices* (2 femmes, 2 hommes), avec moins d'une année de formation; 4 thérapeutes *expérimentés* (3 femmes, 1 homme), ayant terminé leur formation et entre 3 et 5 ans de pratique de l'Intervention Psychodynamique Brève (IPB); 4 thérapeutes *experts* (4 hommes) avec plus de 10 ans d'expérience et participant à la supervision et à l'enseignement de l'IPB.

Patients: Douze patients (un par thérapeute) ont été sélectionnés au hasard à partir d'un échantillon de $n = 94$ cas [se référer à 23, 24 pour plus de détails]. L'échantillon comportait 58,3% de femmes, âge moyen = 26,4 ($SD = 6,7$). La conduite d'un entretien semi-structuré par un chercheur (*'Guided Clinical Interview'*) [25] permet de mettre en évidence la présence d'un trouble de l'humeur chez 8 patients, d'un trouble anxieux chez 4 patients, d'un trouble alimentaire chez 2 patients et d'un trouble de personnalité du groupe C du DSM-IV chez 3 patients.

Instruments

Les mécanismes de défense: L'échelle d'évaluation des mécanismes de défense (DMRS) [26] est un instrument de cotation des mécanismes de défense sur la base de l'enregistrement et de la retranscription de séances de thérapie. Les bonnes propriétés psychométriques de fiabilité et de validité de l'instrument ont été démontrées [27, 28, 29]. Le tableau 1 présente les 30 mécanismes de défense individuels regroupés selon les 7 niveaux d'adaptation de Perry [26]. Dans une tradition anglo-saxonne et clairement empiriste de classification des défenses initiée par Vaillant [17], l'échelle de Perry distingue des niveaux de défense en fonction de leur caractère adaptatif, dans la mesure où certaines défenses facilitent aussi bien l'homéostasie du sujet que son adaptation à son environnement. Cette perspective hiérarchique rejoint la question de l'attribution de l'origine des

Figure 1 Fréquence relative des défenses par niveau de formation
Niveaux de défense.



mécanismes de défense à des moments différents du développement psychologique et hypothétique de l'être humain, question régulièrement débattue sans jamais faire l'objet d'un véritable consensus.

L'évaluation des mécanismes de défense des thérapeutes nécessite d'utiliser une adaptation du DMRS, le DMRS-C [11] qui tient compte des spécificités des défenses du thérapeute. L'évaluateur commence par repérer des marqueurs émotionnels dans le discours du patient, marqueurs dont il est postulé qu'ils sont à l'origine du mécanisme de défense du thérapeute. Trois types de marqueurs sont décrits: (1) l'expression directe ou indirecte d'émotions par le patient; (2) la présence de représentations liées à des thèmes chargés émotionnellement; (3) la présence d'un ou plusieurs mécanismes de défense du patient. Le DMRS-C fournit également, pour chaque mécanisme de défense, une explication spécifique concernant son application au thérapeute, ainsi que plusieurs extraits d'entretiens comme exemples de jugement.

La fidélité inter-juges du codage des défenses du thérapeute, calculées sur 8 séances (soit 17,0% des séances de l'échantillon) est excellente, avec un coefficient intra-classe moyen de $ICC(2,1) = .78$ (les scores variant de .53 à .95).

Effets du traitement: La version révisée de la *«Symptom Checklist»* [30] est un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes psychiatrique très largement utilisé et validé qui comprend 90 items à évaluer sur une échelle en 5 points allant de 0 («pas du tout») à 4 («extrêmement»). Pour cette étude, seule l'indice de sévérité global (GSI), qui correspond à la moyenne des scores des 90 items, a été utilisé.

L'échelle d'ajustement social (SAS) [31] est un auto-questionnaire de 54 items utilisé pour évaluer les interactions du patient avec son environnement. L'échelle mesure le fonctionnement individuel et le degré de satisfaction pour différents rôles sociaux: travail, loisirs, famille, enfants, relation intime et situation matérielle. Un score global d'adaptation social est généralement utilisé, et représente la moyenne de tous les items pertinents pour un patient.

Procédure et analyse des résultats

Toutes les séances de chaque cas ont été évaluées sur la base de la transcription écrite de chaque séance. La méthode de transcription est standardisée [32]. Deux codeurs expérimentés dans l'utilisation du DMRS-C ont travaillé indépendamment, puis ont établi pour chaque séance un jugement de consensus. Une séance étant manquante, l'analyse a porté sur 47 séances.

Toutes les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS pour PC, version 21.0. Des tests non paramétriques ont été utilisés pour tester la différence entre les groupes de formation (test de Kruskal-Wallis), et la différence entre séances (test de Friedman) et la corrélation entre variables s (corrélation de rang de Spearman).

Résultats

Fréquence des défenses des thérapeutes

Une moyenne de 5,8 défenses du thérapeute par séance ($s = 1,3$, min.-max. = 0 à 19) ont été mises en évidence (tableau 1). On observe la présence de mécanismes de défense dans toutes les séances et pour tous les thérapeutes. Les défenses observées couvrent l'ensemble des 7 niveaux défensifs. Par niveau, les défenses les plus fréquentes sont les défenses de désaveu (29,2%), les défenses obsessionnelles (24,4%), les défenses névrotiques (19,9%) et les défenses de maturité (5,2%). Les mécanismes de défense les plus fréquents sont le déplacement (31,0%), l'intellectualisation (17,9%), la rationalisation (21,2%), et l'isolation (3,8%).

Défenses des thérapeutes et niveau de formation

La figure 1 présente la moyenne relative des types de défense pour les trois groupes de thérapeutes (novices, formés et experts). L'analyse de variance non paramétrique révèle que la proportion de défenses névrotiques est différente suivant le niveau de formation ($H[2] = 7.298$, $p = 0.029$). Plus le thérapeute est formé, plus la proportion des défenses névrotiques diminue. Le niveau des défenses névrotiques montre également une différence entre séances de début et séances de fin ($\chi^2[2] = 9,115$, $p = 0,028$), avec une proportion beaucoup plus importante des défenses névrotiques durant les deux premières séances (33,3% et 21,8% respectivement) par rapport aux deux dernières séances (8,8% et 14,5%).

Concernant le nombre de défenses, le tableau 2 présente la fréquence absolue des défenses par séance et par niveau de formation des thérapeutes. Aucune différence n'apparaît entre les groupes de formation en fonction du nombre total de défenses par thérapie (somme total des mécanismes pour les 4 séances) ou pour chaque séance prise séparément. Seule la variabilité semble plus faible pour les thérapeutes experts (entre 4,5 et 6,5 défenses par séance) que pour les thérapeutes expérimentés (entre 2,0 et 7,0 défenses par séance) et les thérapeutes novices (entre 2,8 et 10,3 défenses par séance).

Enfin concernant les mécanismes de défense, en analysant uniquement les plus fréquents (déplacement, intel-

Table 2 Fréquence des mécanismes de défense par thérapeute.

Thérapeutes	Séances				Moyenne	s
	1	2	3	4		
Novices						
N1	19	11	1	19	12,5	8,5
N2	15	6	0	-	7,0	7,5
N3	5	8	8	6	6,3	1,5
N4	2	7	2	2	3,3	2,5
Tous	10,3	8,0	2,8	9,0	7,3	5,0
Expérimentés						
E1	8	16	8	3	8,8	5,4
E2	8	2	7	3	5,0	2,9
E3	5	6	1	0	3,0	2,9
E4	2	4	0	2	2,0	1,6
Tous	5,8	7,0	4,0	2,0	4,7	3,2
Experts						
X1	12	6	12	12	10,5	3,0
X2	5	11	9	9	8,5	2,5
X3	2	1	0	5	2,0	2,2
X4	2	0	0	0	0,5	1,0
Tous	5,3	4,5	5,3	6,5	5,4	2,2
Total des thérapeutes	7,1	6,5	4,0	5,5	5,8	1,3

Note. Moy = Moyenne, s = écart-type

lectualisation, rationalisation, isolation) qui présentent un nombre suffisant d'occurrences par cas pour être analysées, le nombre de déplacements est différent suivant le niveau de formation ($H[2] = 8,319$, $p = 0,016$). Les thérapeutes novices utilisent particulièrement le déplacement (34,2%) par rapport aux expérimentés (15,8%) et aux experts (4,7%). Il n'y a pas de différence observée pour les l'intellectualisation ($H[2] = 0,475$, $p = 0,789$), la rationalisation ($H[2] = 1,351$, $p = 0,309$). et l'isolation ($H[2] = 2,617$, $p = 0,270$).

Défenses du thérapeute et résultats de la thérapie

Aucune corrélation n'a été trouvée entre les défenses du thérapeute (nombre de défenses, catégories et niveaux de défenses) et l'évolution symptomatique. En revanche, on observe certaines corrélations avec les caractéristiques symptomatiques des patients (mesurées avant le traitement): le nombre de défenses est corrélé avec le GSI ($r_s = -0,630$, $p = 0,014$), la catégorie des défenses immatures (catégorie qui regroupe les défenses narcissique, de désaveu, borderline et par l'agir) avec le GSI ($r_s = -0,601$, $p = 0,019$) et le niveau des défenses de maturité avec le SAS ($r_s = 0,682$, $p = 0,007$). Cela signifie qu'avec les patients les plus symptomatiques, le thérapeute use moins de défenses, et plus particulièrement les défenses de plus bas niveau d'adaptation. On observe également plus de défenses de maturité lorsque l'adaptation sociale est plus précaire.

Discussion

Les résultats ne confirment que partiellement nos attentes concernant nos deux questions de recherche. L'étude

confirme l'idée qu'on trouve divers mécanismes de défense chez tous les thérapeutes et dans toutes les séances, et que tous les niveaux de défense du DMRS sont représentés. Les mécanismes de défense les plus utilisés sont le déplacement, l'intellectualisation, la rationalisation, soit des mécanismes identiques à ceux identifiés chez les soignants en oncologie [11]. Dans des contextes de soin différents et pour différents types de professionnels (psychothérapeute, médecin, infirmier), on retrouve ainsi certains invariants dans la pratique relationnelle en relation avec la régulation émotionnelle et la gestion du stress. Cela confirme également que la formation de psychothérapeute et le cadre spécifique de la psychothérapie ne saurait immuniser les cliniciens de réactions émotionnelles moins contrôlées [14].

Par ailleurs les corrélations avec le niveau de détresse symptomatique du patient et son niveau d'ajustement social indiquent que le thérapeute ajuste ses interventions en fonction de la problématique du patient. Avec les patients montrant une plus grande détresse symptomatique ou un ajustement social plus problématique, les thérapeutes ont tendance à limiter l'utilisation de défenses de bas niveau d'adaptation et privilégier les défenses de maturité. On peut comprendre ce processus, soit comme un effet modérateur de la symptomatologie, soit comme un meilleur ajustement et plus grande ouverture du thérapeute à la problématique émotionnelle du patient lorsque la situation l'exige.

Contrairement à nos attentes, le niveau de formation des thérapeutes ne joue pas de rôle dans l'utilisation des mécanismes de défense. La seule différence concerne les défenses névrotiques, et plus particulièrement le déplacement, qui est plus utilisé par les thérapeutes novices. Les résultats montrent plutôt une grande variabilité suivant les cas. Plus étonnant, on trouve chez les experts des cas présentant des mécanismes de défense de bas niveau de maturité, a priori plus délétères pour le processus thérapeutique. On peut penser que ce sont les caractéristiques spécifiques à chaque dyade patient-thérapeute (démographiques, diagnostic et psychodynamiques en particulier) qui permettent d'expliquer ces différences. Une voie intéressante de recherche, selon nous, serait de comparer les mécanismes de défenses du thérapeute et les mécanismes de défense du patient manifestée dans une même séance de thérapie. Le plan d'observation (appelé «emboîté») devrait nécessairement comprendre plusieurs thérapeutes, chacun avec plusieurs patients différents.

On ne trouve également pas le lien attendu entre les mécanismes de défense du thérapeute et l'évolution symptomatique du patient. L'utilisation de mécanismes qui agissent en déformant la réalité interpersonnelle au profit de la régulation interne du thérapeute semble logiquement être peu propice au succès thérapeutique. Les défenses du thérapeute risquent de modifier, d'une part, la compréhension de la problématique émotionnelle centrale du patient, et d'affecter, d'autre part, les capacités du thérapeute à répondre de manière appropriée au contexte émergent de la séance (ce que les anglo-saxons dénomment «responsiveness»), affectant ainsi l'alliance thérapeutique dont on a pu montrer de manière robuste le rôle dans le succès thérapeutique [38]. On peut déduire de nos données que cette capacité de «responsiveness» n'est pas trop affectée par

l'utilisation de mécanismes de défense par le thérapeute. Et il faudrait également prendre en compte l'alliance thérapeutique qui pourrait bien jouer un rôle médiateur ou modérateur entre les défenses du thérapeute et les résultats. On retrouve en effet ce rôle médiateur de l'alliance thérapeutique dans certains travaux sur la «responsiveness» du thérapeute, en particulier concernant l'ajustement des interventions du thérapeute aux défenses du patient [38, 39].

Comme nous l'avons déjà mentionné, les thérapeutes novices recourent particulièrement au déplacement. Dans un contexte d'anxiété et de stress du patient, le thérapeute change brutalement de sujet et dirige le patient sur un aspect concret et moins lié aux émotions pénibles du patient. En voici un exemple:

Exemple 1 (séance 1)

- T: D'accord, mais vous avez l'impression que votre angoisse, qui vient de cette lettre, s'applique à d'autres problèmes? Que vous êtes suffisamment angoissé pour que ça s'étende un peu partout?
- P: Non, plus maintenant, non. C'est bête à dire mais c'est vrai, quand je stresse, ça se répercute sur les cervicales puis sur le ventre quoi –
- T: Vous faites quoi comme métier? [Déplacement]

L'utilisation plus importante du déplacement chez les novices pourrait être expliquée par le fait que ceux-ci tendent davantage à appliquer formellement la technique de l'IPB, notamment la nécessité de recueillir des informations précises sur le motif de consultation du patient. Le déplacement permet à la fois d'éviter la confrontation à une émotion pénible, pour le patient comme pour le thérapeute, et l'impératif technique préconisé par la méthode. Le psychothérapeute décide de suivre la méthode plutôt que le patient, dans une véritable formation de compromis défensif. La rencontre avec un nouveau patient est une situation particulièrement stressante pour un jeune thérapeute et le déplacement constitue un bon moyen de régulation de ses propres émotions, dans le même temps qu'il a le sentiment d'appliquer la méthode adéquate.

Comme l'ont déjà souligné certaines études, la formation et l'expérience peuvent avoir des effets contradictoires [13, 37] et les psychothérapeutes les plus expérimentés recourent aussi à des mécanismes de défense dans une séance de psychothérapie, y compris des mécanismes de bas niveau de maturité. En voici un exemple, chez un thérapeute expert:

Exemple 2 (séance 3)

- T: Mais ça vous arrive aussi que vous vous sentez vraiment dans le doute par rapport à vous-même quand il répond de manière qui fait que vous avez l'air bête, que vous vous demandez vraiment: est-ce qu'il a peut-être raison? Est-ce que vraiment je ne comprends pas certaines choses, que je suis moins intelligente que lui?
- P: Non pas du tout parce que, non, je crois pas, parce que disons que j'ai une opinion quand même sur un peu sur les choses, pis j'y ai déjà réfléchi, disons, c'est pas, euh

ouais, autrement j'aurais pas d'opinion si je, vous voyez ce que je veux dire, euh ouais.

- T: Donc il n'arrive pas à vous faire douter de vos propres, de votre propre valeur ou de vos compétences?
- P: Non, je crois pas, non. Disons, je pars du principe que ouais tout le monde a son opinion quoi.
- T: Il y a quelqu'un qui arrive à vous faire douter de vous?
- P: Euh-non, je crois pas, je pense pas, non, mais par rapport à mes idées.
- T: Donc par rapport à vos compétences, par rapport à votre valeur, qui arriverait par exemple, euh, à vous dire «mais peut-être que je suis vraiment assez nulle» [projection].
- P: Euh non, je crois pas, non, non, non (rit).
- T: Mhm, qu'est-ce qui vous fait sourire ou plaisir?
- P: (rit) Ouais, je pense c'est quelqu'un d'assez faible quand même qui réagirait comme ça. Enfin, je sais pas, ouais.

Le thérapeute formule son hypothèse explicitement à plusieurs reprises, la patiente refusant de prendre à son compte les sentiments que le thérapeute lui attribue. Finalement elle peut endosser l'interprétation du psychothérapeute tout en réaffirmant paradoxalement le fait qu'elle n'est pas à la hauteur. S'il est patent qu'un mécanisme de défense n'est pas délétère en soi, et que ses effets doivent être analysés en fonction d'une situation spécifique [17], c'est plutôt l'utilisation réitérée d'un même type de mécanisme qui constitue le signal d'une difficulté du côté du thérapeute concernant la régulation des émotions et du stress qui surgissent au cours d'une séance de thérapie. Dans ce sens, il est intéressant d'observer que dans notre échantillon, 3 cas présentent des troubles de personnalité et 2 de ces cas sont associés au nombre de défenses le plus élevé.

Notre étude confirme l'intérêt de l'extension de l'étude des mécanismes de défense aux thérapeutes. Nous avons pu montrer que les thérapeutes, même expérimentés, manifestent des mécanismes de défense au cours de la thérapie dans certains contextes spécifiques. C'est donc un champ de recherche qui s'ouvre sur une caractéristique du thérapeute. Et au-delà de l'intérêt purement scientifique, c'est une variable intéressante car elle est susceptible d'avoir un impact sur la formation des thérapeutes. On peut penser, par exemple, qu'une supervision spécifique axée sur la reconnaissance et la compréhension des effets induits des mécanismes de défense individuels manifestés par un thérapeute dans un contexte donné permette un meilleur ajustement du thérapeute aux besoins du patient.

La taille de l'échantillon, qui limite fortement la capacité à mettre en lumière des différences significatives, constitue une limitation majeure de cette étude exploratoire. Nous n'avons également pas pu prendre en compte l'effet du style du thérapeute, qui nécessiterait d'observer plusieurs cas par thérapeute. Par ailleurs, l'échantillon de patients est à la fois relativement hétérogène et peu représentatif de l'ensemble des problématiques observées habituellement en clinique. La méthode de thérapie, ultra-brève, constitue également un frein à la généralisation des résultats. Comme nous l'avons déjà mentionné, on peut légitimement se demander quel est le lien entre les mécanismes de défense du thérapeute et ceux du patient. En effet, le psychothérapeute n'a

pas seulement à prendre en compte les difficultés cliniques du patient, mais aussi et surtout sa manière de fonctionner, notamment sur le plan défensif. De même que l'ajustement du niveau d'intervention du thérapeute au niveau défensif du patient a un impact positif sur le développement de l'alliance thérapeutique [21], il est possible que le niveau de défense du psychothérapeute doive s'ajuster au niveau de fonctionnement du patient.

Malgré ces limitations, notre étude nous semble confirmer l'intérêt de cette caractéristique spécifique du thérapeute comme élément permettant d'une part d'expliquer l'impact du thérapeute sur le processus et les résultats du traitement et également comment mieux en tenir compte dans la formation. Les défis futurs sont nombreux et vont immanquablement nécessiter la mobilisation de nos meilleures défenses.

Références

- Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects: Findings and methods. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). New York: Wiley; 2013. p. 258–97.
- Kraus DR, Castongay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychother Res*. 2012;21(3):267–76.
- Wampold BE, Brown GS. Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *J Cons Clin Psychol*. 2005;73(5):914–23.
- Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. London: Erlbaum; 2000.
- Crits-Christoph P, Gallop R. Therapist effect in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychother Res*. 2006;16:173–77.
- Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective clinicians: Further analyses of data from the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Cons Clin Psychol*. 1996;64:1276–84.
- Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. *Les mécanismes de défense: théorie et clinique*. Paris: Nathan; 1997.
- Marriage S, Marriage K. Too many sad stories: Clinician stress and coping. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2005;14:114–17.
- Kleespies PM, Dettmer EL (2000). The stress of patient emergencies for the clinician: Incidence, impact and means of coping. *J Clin Psychol*. 2000;56: 1353–69.
- Dazord A, Gerin P, Davis JD, Davis ML. Influence of psychoanalytical training on professional performance in a sample of French speaking psychoclinicians. *European Psychiatry*. 1994;9:211–20.
- Despland JN, Bernard M, Favre N, Drapeau M, Stiefel F, de Roten Y. An empirical study of clinician's defenses. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2009;82:73–81.
- Bernard M, de Roten Y, Despland J-N, Favre N, Stiefel F. Impact of communication skills training on clinicians' defenses in oncology. *Psycho-Oncology*. 2010;19(2):209–15.
- Bernard M, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F. Oncology clinicians' defenses and adherence to communication skills training with simulated patients: An exploratory study. *J Cancer Educ*. 2012;27(3):399–403.
- Henry W, Schacht , Strupp HH. Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *J Cons Clin Psychol*. 1990;58:768–74.
- Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. Managing countertransference. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *Am Psychologist*. 2006;66:637–646.
- Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense*. Washington: American Psychiatric Press; 1992.
- Hentschel U, Draguns JG, Ehlers W, Smith G. *Defense Mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives*. Amsterdam: Elsevier; 2004.
- Perry JC, Presniak M, Olson TR. Defense mechanisms in borderline, schizotypal, antisocial and narcissistic personality disorders. *Psychiatry Interpers Biol Proc*. 2013;76(1):32–52.
- Barber J, Muran JC, McCarthy KS, Keefe JR. Research on dynamic therapies. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition). New York: Wiley; 2013. p. 443–94.
- Despland JN, Despars J, de Roten Y, Stigler M, Perry JC (2001). Contribution of patient defense mechanisms and clinician interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Intervention. *J Psychother Pract Res*. 2001;10:155–64.
- Olsen TR, Perry JC, Janzen JI, Petraglia J, Presniak MD. Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations. *Psychiatry*. 2011;74(2):142–65.
- Curat T, Despland J-N, Drapeau M, Beretta V, Fischer M, de Roten Y. How many years are required for developing competence for a very brief form of psychotherapy? A pilot study. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 2008;59(6): 358–64.
- Despland J-N, de Roten Y, Drapeau M, Curat T, Beretta V, & Kramer U. The Role of Alliance in the Relationship between Therapist Competence and Outcome in Brief Psychodynamic Psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2009;197(5):362–67.
- Perry JC, Fowler JC. An investigation of the tasks and techniques of the dynamic interview. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:136–139.
- Perry JC, Guelfi JD, Despland J-N, Hanin B, Lamas C. *Mécanismes de défense: principes et échelles d'évaluation*. Paris: Masson; 2009.
- Perry JC. A pilot study of defenses in psychotherapy of personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:651–60.
- Gulberg CA, Hoglend P, Perry JC. Scientific methods for assessing psychological defences. *Nordic J Psychiatry* 1993;47:435–46.
- Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive psychiatry* 1993;34(2):108–19.
- Derogatis LR. *SCL-90-R (revised) Version manual I*. Clinical psychometrics Research Unit, Baltimore, John Hopkins University School of Medicine, 1977.
- Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1111–15.
- Mergenthaler E, Stigler M. Règles de transcription pour la recherche en psychothérapie. *Psychothérapies* 1997;17:97–104.
- Despland J-N, Michel L, de Roten Y. *Intervention psychodynamique brève: un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*. Paris: Masson; 2010.
- Beretta V, de Roten Y, Stigler M, Drapeau M, Despland J-N. The influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Swiss J Psychol* 2005;64(1):13–20.
- Despland J-N, Drapeau M, de Roten Y. A naturalistic study of the effectiveness of a 4 session format: The Brief Psychodynamic Investigation (BPI). *Brief Treat Crisis Interv* 2005;5(4):368–78.
- Drapeau M, de Roten Y, Perry JC, Despland J-N (2003). A study of stability and change in defense mechanisms during a Brief Psychodynamic Investigation. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(8):496–502.
- Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective clinicians: Further analyses of data from the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Cons Clin Psychol* 1996;64:1276–84.
- Norcross JC (Ed). *Psychotherapy relationships that works: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press; 2010.
- Despland J-N, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J Psychother Pract Res* 2001;10(3):155–64.