

De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost

From psychoanalysis to psychodynamic psychotherapy at Albert-Prévost

Claude Blondeau et Wilfrid Reid

Volume 44, numéro 2, automne 2019

Servir, aimer, espérer : Albert-Prévost depuis 100 ans et pour toujours

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073523ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073523ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blondeau, C. & Reid, W. (2019). De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 69–88. <https://doi.org/10.7202/1073523ar>

Résumé de l'article

Objectifs Cet article décrit dans un premier temps les contributions du Dr Camille Laurin au développement des services psychiatriques à Albert-Prévost et plus spécifiquement le rôle qu'il a joué dans la promotion de la psychanalyse comme pensée ordonnatrice des soins thérapeutiques dans ce milieu. Dans un deuxième temps, la pratique de la psychothérapie psychodynamique est abordée à partir des enjeux contemporains liés à la médecine basée sur les données probantes, les neurosciences et le développement des technologies de la communication. Les modalités actuelles d'enseignement de l'approche psychodynamique à Albert-Prévost sont également introduites.

Méthode Dans la première partie, une recherche biographique a été effectuée. Dans la seconde, une revue de la littérature a été présentée.

Résultats Dr Camille Laurin a joué un rôle de premier plan dans le développement de la pensée psychanalytique à Albert-Prévost. Son héritage demeure bien vivant ainsi qu'en témoignent les divers stages et activités de formation offerts dans ce domaine au Centre de psychothérapie de cette institution. L'efficacité de la psychothérapie dynamique comme méthode de traitement est confirmée depuis maintenant plusieurs années. Les neurosciences et la psychanalyse bénéficient d'une ouverture à un dialogue interdisciplinaire. Le développement des technologies de la communication et de l'intelligence artificielle est appelé à modifier éventuellement la pratique de la psychothérapie.

Conclusion Les principes théoriques associés à la psychanalyse sont encore aujourd'hui enseignés à tous les résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal. Dr Camille Laurin a joué un rôle essentiel dans le développement de cette approche à Albert-Prévost et plus généralement au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

De la psychanalyse à la psychothérapie psychodynamique à Albert-Prévo

Claude Blondeau^a

Wilfrid Reid^b

RÉSUMÉ Objectifs Cet article décrit dans un premier temps les contributions du Dr Camille Laurin au développement des services psychiatriques à Albert-Prévo et plus spécifiquement le rôle qu'il a joué dans la promotion de la psychanalyse comme pensée ordonnatrice des soins thérapeutiques dans ce milieu. Dans un deuxième temps, la pratique de la psychothérapie psychodynamique est abordée à partir des enjeux contemporains liés à la médecine basée sur les données probantes, les neurosciences et le développement des technologies de la communication. Les modalités actuelles d'enseignement de l'approche psychodynamique à Albert-Prévo sont également introduites.

Méthode Dans la première partie, une recherche biographique a été effectuée. Dans la seconde, une revue de la littérature a été présentée.

Résultats Dr Camille Laurin a joué un rôle de premier plan dans le développement de la pensée psychanalytique à Albert-Prévo. Son héritage demeure bien vivant ainsi qu'en témoignent les divers stages et activités de formation offerts dans ce domaine au Centre de psychothérapie de cette institution. L'efficacité de la psychothérapie dynamique comme méthode de traitement est confirmée depuis maintenant plusieurs années. Les neurosciences et la psychanalyse bénéficient d'une ouverture à un dialogue interdisciplinaire. Le développement des technologies de la communication et de l'intelligence artificielle est appelé à modifier éventuellement la pratique de la psychothérapie.

a. M.D. psychiatre, M. Ps., professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal.

b. M.D. psychiatre et psychanalyste, professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal; membre émérite de la Société psychanalytique de Montréal.

Conclusion Les principes théoriques associés à la psychanalyse sont encore aujourd'hui enseignés à tous les résidents en psychiatrie de l'Université de Montréal. Dr Camille Laurin a joué un rôle essentiel dans le développement de cette approche à Albert-Prévost et plus généralement au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

MOTS CLÉS modernisation, organisation des soins, culture psychiatrique, enseignement, thérapie dynamique brève, psychothérapie psychodynamique, psychanalyse, neurosciences, nouvelles technologies des communications

From psychoanalysis to psychodynamic psychotherapy at Albert-Prévost

ABSTRACT Objectives The goal of this paper was first to review the contributions of Dr. Camille Laurin in the development of psychiatric services at Albert-Prévost, and more specifically the role he played in promoting psychoanalysis as a modality of thinking which informs the various therapeutic measures with psychic caring and therapeutic relationship as a main focus. Psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy are currently taught; this teaching is informed by the contemporary challenges posed by the evidence-based medicine, the neuroscience and the recent technological developments in the field of communication.

Methods In the first section of this article, a biographical research was completed. In the second section, a brief review of literature was conducted for each topic discussed.

Results Dr. Camille Laurin played a major role in the development of psychoanalytic thinking at Albert-Prévost. His heritage is still alive, mainly in the different courses and training activities offered at the Psychotherapy Center of this institution. The efficacy of the psychodynamic psychotherapy as a treatment has now been confirmed for many years. Even if neuroscience and psychoanalysis are two totally different fields of investigation, each of those disciplines can benefit from an open dialogue. The development of new communication technologies and artificial intelligence could eventually modify the practice of psychotherapy.

Conclusion Psychoanalysis in its basic theoretical tenets are still widely taught to psychiatric students who mostly apply its principles when they practice psychodynamic psychotherapy. Dr. Camille Laurin played a significant role in promoting this approach at Albert-Prévost and more generally at the Department of psychiatry and addictions of the Université de Montréal.

KEYWORDS modernisation, care organisation, psychiatric culture, teaching, brief dynamic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, psychoanalysis, neuroscience, new communications technologies

Introduction

Albert-Prévost, dans sa forme actuelle, prend naissance à la fin des années cinquante du siècle dernier. Au départ, c'est l'œuvre d'un homme, le Dr Camille Laurin, certes un homme hors du commun dans une période hors du commun. Nous sommes à l'aube de la Révolution tranquille qui produira un changement d'époque pour le Québec. Nous assisterons, en psychiatrie, à une profonde réforme de l'organisation des soins dans l'ensemble de la province. Grâce à Camille Laurin, Albert-Prévost deviendra le fer de lance de cette réforme.

ORIGINE

Camille Laurin a longuement mûri son projet. Si ce projet est nourri par la pensée psychanalytique, il ne situe d'aucune manière la psychanalyse en extériorité par rapport à la psychiatrie; nous y reviendrons.

Fait assez peu imaginable aujourd'hui, Camille Laurin aura, pour mentor, Wilbrod Bonin, élu doyen de la Faculté de médecine de Montréal en 1950 au moment Camille Laurin débute sa résidence en psychiatrie. Il n'existe alors aucune formation psychiatrique post-graduée en milieu francophone au Québec. Après une année de résidence en milieu anglophone à Montréal, grâce à une bourse d'études obtenue par l'entremise de Wilbrod Bonin, durant deux ans, Camille Laurin participera au programme de résidence du Boston State Hospital pour ensuite poursuivre sa formation en France. Il entretiendra une correspondance soutenue avec son mentor tout au long de sa formation psychiatrique et psychanalytique d'une durée de sept ans. Ce dernier confiera à Camille Laurin une activité « d'éclaireur » (Picard, 2003), l'incitant à répertorier les avancées repérées dans l'organisation des soins psychiatriques aux États-Unis comme en France, voire en Europe. Après quatre années de séjour à Paris où il complétera simultanément sa formation psychiatrique et psychanalytique, il sera de retour au Québec en 1957.

La réalisation du projet

Camille Laurin est d'emblée nommé chargé d'enseignement de la psychiatrie à l'Université par le Dr Bonin. À ce titre, Camille Laurin pose les jalons de l'enseignement actuel de la psychiatrie à la Faculté de Médecine tant au prégradué qu'au postgradué. Il instaure pour les

résidents le « Certificat d'études supérieures en psychiatrie » (Reid, Amyot, 2015).

Dès 1958, Albert-Prévost recevra ses premiers résidents pour une durée de deux ans. Le programme offrira un encadrement clinique soutenu auprès de psychiatres qui auront, pour la plupart, une formation psychanalytique. Cet encadrement théorico-clinique sera accompagné d'un programme de formation à la psychothérapie psychodynamique avec le suivi de deux patients et deux supervisions hebdomadaires. Cela deviendra par la suite le « Programme réseau de formation à la psychothérapie » du département universitaire.

D'emblée, l'activité académique y sera très vivante. Durant de nombreuses années, Dr Jean-Louis Langlois, psychiatre et psychanalyste animera, pour les résidents, un séminaire du vendredi qui portera sur la pensée analytique. Par la suite, l'un de nous (W.R.) depuis maintenant plus de 40 ans, tiendra un séminaire hebdomadaire qui deviendra au fil des ans *Le Gabbard* (Gabbard, 2014). Ce séminaire initiera les résidents de deuxième année à la pensée et l'expérience de l'inconscient. En pédopsychiatrie, le Dr Jean Bossé, psychiatre et psychanalyste, offrira longtemps un séminaire sur l'écoute psychanalytique. Ce séminaire ouvert sur l'extérieur marquera le milieu psy durant plus d'une génération.

Dès le départ, Camille Laurin aura le souci d'entretenir une vie académique très riche. Rapidement il procédera à l'invitation de professeurs étrangers ; parmi ses premiers invités figureront Jean Laplanche et André Green. Cette initiative prendra bientôt la forme de La Quinzaine scientifique annuelle Albert-Prévost. Débutée formellement à la fin des années 60, cette Quinzaine poursuivra son cours jusqu'à l'aube de l'an 2000. L'invité fera un séjour d'une semaine à Prévost. La semaine suivante, il sera présent dans les différents départements universitaires du réseau. Nous y verrons tour à tour les figures marquantes de la psychanalyse francophone : Grunberger, McDougall, Aulagnier, Bergeret, Racamier, Anzieu, Cramer, Brusset, Cahn, Roussillon et plusieurs autres. L'un de nous (W.R.) prendra le relais de Camille Laurin comme coresponsable de la Quinzaine durant près de 20 ans, de concert tour à tour avec les Drs Arthur Amyot, Jean Leblanc et Pierre Verrier.

Pour souligner le cinquantième anniversaire d'Albert-Prévost en 1969, Camille Laurin, avec la collaboration de Pierre Doucet, organisera un congrès international de cinq jours, portant sur les « Problématiques de la psychose ». Ce congrès, réunissant les grands noms de l'époque d'Europe et d'Amérique, fera l'objet d'une publication (Doucet et

Laurin, 1969). Par la suite, les Drs Amyot, Leblanc et Reid organiseront un deuxième congrès international intitulé « Psychiatrie-Psychanalyse, jalons pour une fécondation réciproque ». D'une durée de trois jours et demi, ce congrès consacrera six demi-journées à des thèmes divers, soit la psychose, les organisations limites, la psychiatrie du nourrisson, la psychosomatique, la psychiatrie de secteur, l'enseignement ainsi qu'une matinée de synthèse; chacune des demi-journées donnant lieu à une conférence d'un États-Uniens, un Européen et un Québécois (Amyot, Leblanc, Reid 1985).

En 1961, Jean-Charles Pagé, un ancien patient de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, publie *Les fous crient au secours!*, un livre à charge contre les méthodes thérapeutiques d'un autre âge. Camille Laurin y rédige une postface qui dénonce un système vétuste de soins psychiatriques (Reid, Amyot, 2015). Suivra la création de la Commission Bédard sur la situation des hôpitaux psychiatriques. Son rapport proposera un virage majeur dans l'organisation des services psychiatriques. Docteur Bédard présentera à l'époque Albert-Prévost comme étant une « oasis de science dans le désert » de la psychiatrie québécoise.

Mais, dirons-nous, qu'en est-il, à Prévost, du rôle de la psychanalyse dans le quotidien? Certes, Camille Laurin recrutera un groupe de jeunes psychiatres psychanalystes. Pratiquera-t-on, pour autant, des cures analytiques à Albert-Prévost? Ici surgit un malentendu qui aura la vie dure. Camille Laurin ne situe pas la psychanalyse en extériorité par rapport à la psychiatrie, disions-nous. La psychanalyse comporte à la fois une théorie portant sur le fonctionnement et partant sur le dysfonctionnement psychique de même qu'une méthode de traitement de ce dysfonctionnement.

Dans une lettre à Wilbrod Bonin en 1952, Camille Laurin tente de rendre compte des facteurs qui, selon lui, concourent à la qualité du dispositif thérapeutique du Boston State Hospital. Il décrit, entre autres facteurs, de la part de l'équipe soignante « la participation à un fonds commun de principes de base ». Au départ, la pensée analytique, davantage sans doute que la méthode analytique, fait office de « fonds commun de principes de base », de pensée ordonnatrice. Tel le levain dans la pâte, cette pensée ordonnatrice devient le ferment éthique de l'activité thérapeutique.

Camille Laurin aura le souci d'une organisation des soins à l'échelle humaine; il introduira une culture psychiatrique qui diffusera dans toute l'activité thérapeutique de l'Institution. Cette culture humaniste sous-jacente à la pensée analytique mettant l'accent sur une psychiatrie

qui, sans négliger le biologique, aura le souci du soin psychique et de la relation thérapeutique. Cette pensée ordonnatrice d'abord psychanalytique prendra ultérieurement tout naturellement une forme plurielle; elle n'en conservera pas moins le souci d'un soin porté par une pensée ordonnatrice qui n'aura qu'à devenir plus différenciée. Dans une lettre à Wilbrod Bonin, Camille Laurin appelle de ses vœux « un éclectisme ouvert et rigoureux ». Afin de demeurer vivante, cette culture psychiatrique aura comme composante intrinsèque un mandat d'enseignement. Le souci d'une vie académique très active, avec à la clé, des publications, sera inscrit dans l'ADN d'Albert-Prévost. Il est d'ailleurs un événement assez significatif de l'intérêt pour la pensée psychanalytique et la publication. En 1996, une quarantaine de cliniciens d'Albert-Prévost participent à la rédaction d'un ouvrage collectif intitulé *La psychothérapie psychanalytique: une diversité de champs cliniques*, sous la direction de Pierre Doucet et Wilfrid Reid (1996). Cet ouvrage vaudra à ses deux codirecteurs le prix de la réalisation de l'année de l'Association des médecins psychiatres du Québec, prix devenu l'année suivante le prix Camille-Laurin.

DÉVELOPPEMENT

Par la suite, la psychanalyse y connaîtra un nouveau développement. Au milieu des années quatre-vingt, une nouvelle étape est franchie à cet égard. Camille Laurin reprend du collier à la direction du Département; il recrute Dre Bernadette Tanguay, psychiatre et psychanalyste, à titre de directrice de l'Unité de psychothérapie psychanalytique.

Cette Unité recevra des stagiaires; en particulier, elle offrira une formation clinique à des professionnels provenant de disciplines non cliniques telles que la philosophie, la sociologie, l'anthropologie: ce qui leur donnera accès à la formation psychanalytique à l'Institut psychanalytique de Montréal. L'activité de l'Unité sera centrée sur un séminaire du premier entretien comme préalable à une démarche analytique. Ce séminaire apparaîtra dans la foulée d'un séminaire antérieur sur le même thème. Ce dernier, dirigé par le Dr Roger Dufresne, psychiatre et psychanalyste, sera longtemps très recherché dans le milieu « psy ». L'Unité de psychothérapie psychanalytique organisera deux colloques. Le premier aura d'ailleurs pour thème le premier entretien; le second portera sur la recherche en psychanalyse. Deux publications (Tanguay, 1991 et 1994) seront les fruits de ces colloques.

Création du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost

En 1997, l'Unité de psychothérapie psychanalytique fait place à la création du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost. Dre Christiane Bertelli, à titre de chef du Département de psychiatrie, invite l'un de nous (W.R.) à prendre la direction du Centre : ce dernier occupera ce poste jusqu'en 2018. Le Centre logera d'emblée à l'enseigne du pluralisme théorique. Son organigramme comportera quatre modules, soit les modules cognitivo-comportemental, interpersonnel, psychodynamique et systémique. Les premiers responsables de ces modules seront respectivement les Drs Louis Chaloult, Jean Leblanc, Wilfrid Reid et Mme Marie Émond, travailleuse sociale.

Durant une vingtaine d'années, le Centre tiendra quatre réunions scientifiques annuelles dont chacun des modules, à tour de rôle, assumera la responsabilité. Ce sera un peu l'héritage culturel de Camille Laurin, son souci pour « un éclectisme ouvert et rigoureux ». Le Centre offrira aux résidents des stages très recherchés dans les divers modules et pourra à l'occasion y offrir un fellowship. Enfin, le Centre aura le souci d'alimenter la vie académique d'Albert-Prévost. Durant près de 20 ans, il organisera un colloque annuel, en alternance, sous l'égide des différents modules du Centre. Ces colloques annuels mettront à contribution tant le corps professoral du réseau de l'Université de Montréal que des invités de l'extérieur tels les Drs Vassilis Kapsambelis, Anthony Bateman, Nicolas de Coulon, Maurice Berger, Scott Stuart, Paula Ravitz et plusieurs autres. Ces colloques recevront toujours un écho très favorable dans le milieu « psy ».

ÉTAT ACTUEL

La psychothérapie basée sur la transitionnalité

Dans une institution publique de soins tenue d'offrir des services au tout venant de la psychiatrie seule la psychothérapie brève peut sembler compatible avec le mandat de l'institution. Ainsi, au module psychodynamique du Centre, l'un de nous (W.R.) a développé un modèle de thérapie brève basée sur la transitionnalité. Ce modèle prend acte du fait que les résistances au processus analytique ne portent pas uniquement sur les contenus de l'activité psychique, mais d'abord et avant tout sur l'activité psychique elle-même : ainsi tout autant sinon davantage sur le contenant que sur le contenu de l'activité psychique. Dès lors, nous devons mettre l'accent sur l'articulation contenant-contenu.

Cette psychothérapie de fréquence hebdomadaire, d'une durée d'un an, prend appui sur la construction de passerelles entre les pensées de Freud, Winnicott et Green (Reid, 2008).

La psychothérapie psychodynamique est une grande expérience de la pensée. Dans les résistances au processus analytique, au-delà des résistances relevant des contenus de pensée, la pratique contemporaine met en évidence les résistances liées à l'activité de pensée elle-même dans ses modalités problématiques. Le concept d'inconscient est le concept fondamental de la psychanalyse. Freud nous enseigne que l'inconscient est régi par les processus primaires; outre les pensées inconscientes, il comporte avant tout une logique formelle de la pensée qui lui est propre; l'inconscient ne peut distinguer «la vérité et une fiction fortement investie d'affect» (Freud, 1956) de même qu'il ne peut différencier «le désir et l'accomplissement du désir» (Freud, 1911).

Pour un bon fonctionnement psychique, soit un fonctionnement dit «névrotico-normal», les processus secondaires régissant le préconscient-conscient se doivent, quant à eux, de distinguer le fait et le fantasme, la réalité de pensée et la réalité effective externe, le désir et l'accomplissement du désir. Au départ, nous sommes, dès lors, d'emblée en présence de deux logiques formelles de la pensée qui s'opposent fondamentalement; il existe ainsi un rapport de pure opposition entre l'inconscient et le préconscient-conscient. Or le modèle névrotico-normal de fonctionnement demande un rapport paradoxal d'opposition/collaboration entre l'inconscient et le préconscient/conscient. Winnicott (1971) nous enseigne que ce rapport d'opposition/collaboration exige l'émergence d'une médiation opérée par des processus intermédiaires, dits «processus transitionnels», à la frontière dedans/dehors et des «processus tertiaires» (Green, 1990) à la frontière entre l'inconscient et le préconscient-conscient. Paradoxalement, ces processus intermédiaires comportent simultanément la logique hallucinatoire, soit une non-distinction de l'objet du dedans et l'objet du dehors et une logique non hallucinatoire, soit une distinction de l'objet du dedans et de l'objet du dehors. En bref, dans les processus primaires, l'objet, si dedans, est aussi dehors. Dans les processus secondaires, au départ du travail psychique portant sur l'examen de réalité, dans les conditions optimales, l'objet est seulement dedans. Dans les processus intermédiaires, soit tertiaires et transitionnels, paradoxalement, l'objet est «seulement dedans, aussi dehors».

La présence d'un environnement primitif suffisamment bon est nécessaire pour l'émergence des processus transitionnels qui sont l'apa-

nage de l'organisation névrotico-normale de la psyché. Pour Winnicott, l'environnement est, non pas producteur, mais « facilitateur » d'un travail psychique inconscient propre à l'individu, un travail de transformation des processus primaires. Ce travail définit le mouvement de maturation affective qui conduit à l'émergence des processus transitionnels. Dans la clinique contemporaine, un très grand nombre de patients, à des degrés divers, présentent une organisation non névrotique, soit une organisation psychique où la transitionnalité n'est pas advenue.

Dès lors, le but de la méthode analytique est moins, sur un mode classique, « la levée de l'amnésie infantile » ou « retrouver le tableau oublié des années de l'enfance », mais plutôt, dans un premier temps, de « faciliter » l'émergence des processus transitionnels. Il s'agit « d'autoriser l'enfance à se constituer en mémoire fictionnelle » (Green, 1990). Cela implique un infléchissement des principaux paramètres de la méthode analytique (Reid, 2008), à savoir la primauté du contre-transfert sur le transfert, du présent sur le passé, enfin la primauté de l'élaboration psychique sur la prise de conscience.

Pour déterminer les « indications » de la psychothérapie basée sur la transitionnalité, au Centre, nous pratiquons « le modèle des quatre séances », introduit par Edmond Gilliéron (2004), psychiatre et psychanalyste de Lausanne, et ce, dans une modalité quelque peu modifiée. Pour nous, il s'agit moins de mettre l'accent sur la réponse à une interprétation initiale, mais plutôt d'offrir au patient « l'expérience » du cadre analytique, soit fondamentalement l'expérience d'un rapport à un objet présent/absent où l'initiative de l'échange est totalement remise au patient sur le modèle de la libre association qui est la « règle fondamentale » de la méthode analytique.

L'expérience de ce mode relationnel unique en son genre est celui qui aura cours d'emblée lors des « quatre séances ». Ainsi, d'entrée de jeu, nous offrons au patient la méthode de travail dont il fera ultérieurement l'expérience dans une psychothérapie éventuelle. Côté patient, cela permet un consentement plus éclairé pour la suite des choses. Côté thérapeute, nous observons dans quelle mesure le patient peut, sinon « utiliser » le cadre pour une certaine avancée thérapeutique, du moins tolérer le cadre qui prive le patient de ses défenses relationnelles courantes par rapport à sa conflictualité inconsciente. Or la capacité de tolérer cette privation est un préalable à l'exploration de ces défenses.

Le « quatre séances » est pour nous l'équivalent du « tapis roulant » du cardiologue. Là où ce dernier veut essentiellement mettre en mouvement l'activité cardiaque, nous visons, au-delà du contenu du

discours, à mettre en mouvement l'activité psychique. Par ailleurs, à titre de repère en vue d'une consultation au module psychodynamique, nous invitons les collègues à observer dans quelle mesure le patient a le sentiment que le fait de parler de lui serait susceptible de l'aider : ce qui est un signe avant-coureur d'une certaine curiosité pour son activité psychique propre.

Enseignement de la thérapie psychodynamique

Si les fondements théoriques de la psychanalyse occupent une place significative dans l'enseignement de la psychothérapie aux résidents en psychiatrie, la formation pratique s'articule surtout autour de la thérapie psychodynamique, une approche dérivée essentiellement de la psychanalyse, mais qui en diffère sur quelques points : durée du traitement plus brève, nombre de séances se limitant généralement à une ou deux par semaine, détermination d'un focus de traitement parfois plus explicite ; utilisation du face-à-face plutôt que du dispositif divan-fauteuil et participation souvent plus active du thérapeute.

Quarante-cinq heures de cours théoriques axés sur l'approche psychodynamique sont actuellement offertes aux résidents juniors en psychiatrie (année 1 et 2). Plus tard, dans leur formation (années 4 et 5), les résidents intéressés à approfondir leurs connaissances et aptitudes dans le domaine peuvent s'inscrire à un stage optionnel d'une durée de 6 à 12 mois au module psychodynamique du Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost. Cette formation comprend 4 heures hebdomadaires de supervision. Toutes les séances de thérapie sont enregistrées sur vidéo. Le visionnement d'extraits choisis lors des rencontres de supervision permet aux résidents en formation de développer leurs habiletés à divers titres : 1) repérage des manifestations de l'inconscient ; 2) élaboration d'hypothèses psychodynamiques en fonction des divers modèles théoriques ; 3) formulation d'interventions adaptées à la situation du patient ; 4) prise en compte des effets des interventions. Le recours au médium vidéo favorise également la prise de conscience des résistances du thérapeute et autres enjeux contre-transférentiels, qui peuvent alors être plus facilement explorés durant les rencontres de supervision. Le stagiaire est également encouragé à visionner des séances vidéo illustrant le travail de différents thérapeutes plus expérimentés : ce qui lui offre un support identificatoire pour étayer son développement. Certains extraits de films ou de séries télévisées (p. ex. *In treatment* ou *Au secours de Béatrice*), sont finale-

ment utilisés pour illustrer certains concepts plus spécifiques. Les étudiants sont également encouragés à s'engager dans une démarche de psychothérapie personnelle, un élément essentiel à la formation de tout thérapeute dynamique.

Dans les formulations psychodynamiques qu'ils élaborent, les résidents sont invités à prendre en compte les enjeux biologiques et sociaux contribuant à la problématique de leur patient (Perry, 1987), même si ces derniers ne constituent pas le focus principal de discussion durant le stage. Les traitements psychopharmacologiques, le plus souvent administrés par un autre médecin, sont également abordés dans une perspective holistique qui inclut la dimension psychanalytique (Gorman, 2016). Le travail sur le rêve, quant à lui, est abordé initialement sous l'angle classique freudien (Freud, 1900) ; auquel s'ajoutent ensuite des perspectives plus contemporaines (Glucksman, 2001 ; Hill, 2004).

Considérant la sévérité des pathologies auxquelles les résidents sont souvent confrontés dans leurs suivis psychothérapeutiques, le modèle Y (Goldberg, 2013) est utilisé dans l'enseignement. Ce modèle prend en compte à la fois les interventions communes à toutes les approches de thérapie (la base du Y, où l'on retrouve les techniques de validation ou les encouragements à l'élaboration, par exemple) et celles qui sont plus spécifiques à l'approche psychanalytique (les branches du Y, où l'interprétation plus classique trouve sa place, par exemple). L'étudiant est ainsi invité à privilégier des interventions à visée plus « soutenante » ou « exploratoire » en fonction du moment du suivi et de la sévérité de la pathologie à laquelle il est confronté, certains patients ayant besoin de ressentir plus concrètement la présence du thérapeute pour se lancer dans le travail associatif (Roussillon, 2005).

Toutes les places disponibles pour ce stage, soit deux résidents par période, sont comblées, de fait, jusqu'en 2022. À noter également que les psychiatres superviseurs du module psychodynamique reçoivent régulièrement des demandes de références de la part de résidents évoluant dans d'autres milieux qui souhaitent entreprendre une psychanalyse formelle ou une thérapie psychodynamique : un autre signe de l'intérêt persistant pour cette approche thérapeutique.

Le module psychodynamique du Centre de psychothérapie offre également un programme de *fellowship* d'une durée d'un an aux psychiatres finissants. Trois médecins, dont une psychiatre de France, en ont bénéficié au cours des dernières années.

Une formation continue de deux ans centrée sur les théories psychodynamiques est aussi offerte à tous les cliniciens soucieux de développer leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine. Ce programme qui existe depuis 2004, comprend, dans sa forme actuelle, 10 journées de formation par année et met à contribution divers formateurs (psychiatres et/ou psychanalystes pour la plupart) du réseau hospitalier montréalais. Sur un mode optionnel, des activités régulières de supervision complètent cet enseignement théorique. À chaque édition, ce programme accueille des participants de toutes les régions du Québec.

Si l'approche psychanalytique garde une place bien vivante au sein du corpus de formation des résidents, son enseignement sera potentiellement influencé dans le futur par certains développements contemporains que nous allons maintenant esquisser.

Recherche et données probantes

La recherche concernant l'efficacité et les applications potentielles de la thérapie psychodynamique a connu un développement considérable au cours des dernières années, et ce, malgré les problèmes méthodologiques inhérents à l'étude de cette approche (Yakeley, 2014). Son efficacité a été démontrée dans le traitement de diverses pathologies (Constantinidès, 2011; Leichsenring, 2004 et 2015; Fonagy, 2015) et cela, en comparaison avec la thérapie cognitivo-comportementale (Driessen, 2015), une approche plus souvent étudiée. Plus récemment, une méta-analyse de Briggs (2019) a démontré l'efficacité de l'approche psychodynamique pour réduire les tentatives de suicide et les gestes de nature automutilatoire. Dans une étude longitudinale de cinq ans incluant des sujets ayant traversé un premier épisode dépressif, Rosso (2019) a pour sa part démontré une réduction marquée de la récurrence des symptômes dépressifs chez les patients traités par la thérapie psychodynamique par rapport à ceux traités uniquement par la médication.

Même l'efficacité de la psychanalyse classique (2 à 5 séances par semaine), longtemps imperméable à toute investigation systématique de recherche, a été étudiée au cours des dernières années, avec des résultats favorables probants : par exemple, la méta-analyse de de Maat (2013) regroupant 14 études (principalement des études de cohorte) et 603 patients atteints de pathologies complexes (en moyenne, 77 % des patients souffraient d'un trouble dépressif, 50 % d'un trouble anxieux et 47 % présentaient un trouble de la personnalité comme comorbidité),

a démontré une taille de l'effet (d de Cohen) de 1,27 (95 % CI, 1,03-1,50; $p < ,01$) pré/postpsychanalyse en regard de l'amélioration des symptômes et des traits de personnalité pathologiques, avec des effets persistants mesurés quant aux deux issues sur une année au suivi (taille de l'effet de 1,46 pour le suivi; 95 % CI, 1,08-1,83; $p < ,01$).

Certains auteurs ont également tenté une manualisation relative de l'approche psychodynamique. Cabaniss (2016) dans sa forme plus générale; Busch (2012) pour le traitement de la dépression; et Bateman (2016) et Clarkin (2016) pour le traitement des troubles de la personnalité limite. Chacun de ces auteurs propose une approche balisée pour la pratique de la thérapie, en focalisant sur des enjeux psychodynamiques propres à certaines pathologies (p. ex. déficits de mentalisation pour le trouble borderline ou blessure narcissique chez certains patients déprimés). Ces initiatives pourraient éventuellement faciliter le développement de la recherche dans le domaine.

Les guerres de clochers qui ont longtemps fait rage entre les tenants des divers modèles théoriques semblent également tempérées dans certains milieux par la reconnaissance de « facteurs communs » comme agent déterminant de changement dans toute démarche de psychothérapie (Norcross 2002; Wampold, 2015; Mulder, 2017). La prise en considération de ces données peut, dans une certaine mesure, influencer la manière d'enseigner la psychothérapie aux résidents (Goldberg, 2013) comme un art qui mobilise certes le savoir, le savoir-faire, mais surtout le savoir-être (Lecomte, 2004 et 1999). Nous avons là l'ouverture d'un champ notionnel qui permet d'entreprendre une réflexion sur les similitudes et les distinctions entre ces termes selon les divers modèles théoriques.

Neurosciences et psychanalyse

Freud aurait sans doute témoigné d'un grand intérêt pour les développements récents dans le champ des neurosciences. Comme l'on sait, il a d'abord été neurologue avant de fonder la psychanalyse; et a souvent appelé de ses vœux et laissé entrevoir la découverte éventuelle de certains substrats neurobiologiques permettant d'étayer ses élaborations théoriques (Freud, 1916). Dans ce sens, les travaux récents de Carhart-Harris (2008 et 2010) tentent de présenter des corrélats neuroscientifiques à certains concepts freudiens.

Depuis 1990, Panksepp et Solms développent pour leur part une nouvelle approche visant à établir un dialogue fécond entre la psychanalyse

et les neurosciences (Panksepp, 2012) : la neuropsychanalyse. Cette approche de la réalité psychique offre un angle neurobiologique nouveau pour aborder certains concepts psychanalytiques. L'on pense, par exemple, à la notion de refoulement, récemment étudiée par la recherche sur la consolidation partielle des mémoires déclaratives secondaires à des atteintes hippocampiques dans le contexte de traumatismes en bas âge (LeDoux, 1996). Comment peut-on articuler la notion de refoulement, notion centrale en psychanalyse et celle des modalités diverses d'inscription de l'information dans l'hippocampe? S'ouvre ainsi un champ de réflexion autour de la mémoire et des traces laissées par un passé qui demeure «*impassé*» (Scarfone, 2014).

La découverte des neurones miroirs (Pellegrino, 1992; Rizzolatti, 1996) vient, pour sa part, étayer les approches intersubjectives en psychanalyse où l'effet thérapeutique résulterait davantage de l'expérience affective vécue dans le lien d'attachement avec le thérapeute et les résonances corporelles potentielles qui lui sont associées. La métaphore archéologique freudienne pour illustrer le travail de psychothérapie et l'importance jadis accordée à l'interprétation sont ainsi relativisées pour faire une place à des conceptualisations où le thérapeute et le patient se trouvent engagés dans une matrice relationnelle dont la nature même est porteuse de changement.

Les récentes recherches dans le domaine de l'épigénétique (Meaney, 2010) ont quant à elles révélé comment la qualité des soins maternels en bas âge peut altérer l'expression de certains gènes et modifier le développement ultérieur de l'individu, une découverte qui vient étayer neurobiologiquement près d'un siècle de travaux en psychanalyse. Caspi (2003) a démontré pour sa part le rôle protecteur de certains gènes dans le développement de la dépression.

Nouvelles technologies

Un autre changement qui pourra éventuellement modifier la manière de pratiquer la thérapie, incluant la thérapie psychodynamique, concerne le développement marqué des technologies de la communication au cours des dernières décennies.

Dans un contexte d'effritement progressif des ressources et d'accès limité à la psychothérapie, pour des raisons financières ou simplement géographiques, l'offre de traitement par Internet pourrait connaître un essor plus marqué dans un avenir rapproché.

Des guides d'autosoins d'orientation psychodynamiques sont déjà disponibles depuis quelques années (p. ex. Silverberg, 2005), dont certains en français (Young, 1995), essentiellement sous la forme de bibliothérapie, sans intervention directe d'un thérapeute. Plus récemment, une psychothérapie d'orientation psychodynamique administrée via Internet a toutefois été développée par Johansson (2013b). Ce traitement implique l'utilisation d'un autoguide par le patient auquel s'ajoute le support hebdomadaire d'un thérapeute par courriel. Dans un essai randomisé-contrôlé utilisant un guide psychodynamique d'autosoins sur Internet pour le traitement du trouble dépressif majeur, Johansson (2012) a démontré que cet outil d'intervention (neuf modules « en ligne » avec contacts virtuels occasionnels avec un thérapeute) est significativement plus efficace pour diminuer les symptômes (mesurés à partir de l'Inventaire de la dépression de Beck) que les seules interventions de support et de psychoéducation offertes durant la même période de dix semaines (taille de l'effet [*d* de Cohen] de 1,11; 95 % CI, 0,67-1,56; *p* < ,01). Andersson (2012) a pour sa part démontré dans une étude clinique contrôlée randomisée qu'un guide d'autosoins psychodynamique sur Internet présentait une efficacité similaire à celle d'un guide d'autosoins de type cognitif comportemental pour le traitement du trouble d'anxiété.

De façon intéressante, une méta-analyse de Cuijpers (2010) relève que l'usage de certains guides d'autosoins avec support d'un thérapeute par courriel est aussi efficace qu'un suivi similaire en face à face pour le traitement de troubles anxieux et dépressifs de sévérité légère à modérée.

Au-delà des guides d'autosoins, de plus en plus de suivis psychothérapeutiques formels et de supervision s'effectuent à distance, via de nouvelles plateformes d'échanges virtuels qui facilitent l'accessibilité et permettent d'éviter les discontinuités dans les suivis : par exemple, si un patient doit s'absenter pour un séjour à l'étranger. Si elles comportent des avantages indéniables, ces nouvelles modalités d'échanges « 2D » soulèvent aussi de multiples questions concernant la confidentialité, les indications, les modifications potentielles du transfert qu'elles entraînent ou encore les nouvelles formes de résistances qu'elles sollicitent (Juhos, 2019). Certains travaux semblent toutefois montrer que l'essentiel du processus analytique pourrait néanmoins être préservé grâce à l'activation des neurones miroirs, entre autres, qui pallieraient l'absence de certaines modalités perceptuelles inhérentes au caractère « virtuel » de la relation (Merchant, 2016).

Enfin, le développement exponentiel des technologies de l'intelligence artificielle risque de bouleverser l'offre de psychothérapie de façon sensible au cours des prochaines années (Broadbent, 2017; Fiske, 2019). Plusieurs applications fonctionnant principalement par messages textes (Wysa, Tess, Woebot, Sara, etc.) existent déjà pour aborder les problèmes d'anxiété et de dépression, tandis que de véritables robots ou avatar de thérapeutes sont en développement pour aborder des problèmes psychiatriques tels que l'autisme, la schizophrénie ou la démence: par exemple, la peluche robotisée Paro en forme de bébé phoque pour diminuer l'anxiété. Si certains travaux laissent entrevoir que les patients se dévoilent plus facilement lorsqu'ils interagissent avec une machine plutôt qu'avec un être humain (Miner, 2017), il est cependant permis de se demander quelle place occuperont ces thérapeutes virtuels dans un futur qui ne relève déjà plus de la science-fiction.

Quel avenir pour la thérapie psychodynamique

Malgré la diversification de l'offre psychothérapeutique des dernières décennies, la psychanalyse offre encore aujourd'hui un espace d'écoute singulier et une expérience d'introspection unique (Yakeley, 2018). Les élaborations théoriques qui la sous-tendent comptent parmi les modèles explicatifs les plus complets à ce jour pour explorer la complexité inhérente à la réalité psychique. Si certains contestent encore aujourd'hui sa place en psychiatrie (Paris, 2017), nombreux sont ceux qui défendent toujours sa pertinence (Cortina, 2016; Scarfone, 1999; Perron, 2013). La vitalité de son enseignement, les données probantes qui la supportent et la diversification renouvelée de ses applications laissent toutefois présager un avenir pérenne pour cette approche.

RÉFÉRENCES

- Amyot, A., Leblanc, J. et Reid, W. (1985). *Psychiatrie-psychanalyse: jalons pour une fécondation réciproque*. Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J. et Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatic*, 81, 6, 344-355.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. R.-U.: Oxford University Press.

- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P. et Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 214, 320-328.
- Broadbent, E. (2017). Interactions with robots: the truths we reveal about ourselves. *Annual review of psychology*, 68, 627-652.
- Bush, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B. et Aronson, A.C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy*, Psychoanalytic inquiry book series (volume 36).
- Cabaniss, D.L., Cherry, S., Douglas, C.J. et Schwartz, A.E. (2016). *Psychodynamic psychotherapy: a clinical manual (deuxième édition)*. Chichester, R.-U.: Wiley Blackwell.
- Carhart-Harris, R.L., Mauberg, H.S., Malizia, A.L., Nutt, D. (2008). Mourning and melancholia revisited: correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Annals of general psychiatry*, 7(9), 1-23.
- Carhart-Harris, R.L., Friston, K.J. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133, 1265-1283.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H. et Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 5631, 386-389.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. et Kernberg, O.F. (2016). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington DC: American psychiatric association.
- Constantinidès, P., Blondeau, C. et Drapeau, M. (2011). La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique: est-ce efficace?. *Annales médico-psychologiques*, 169, 348-353.
- Cortina, M. (2016). Quo vadis? The future of psychoanalysis. *Psychoanalytic review*, 103, 6.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. et Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Doucet, P. et Laurin, C. (1969). *Problématiques de la psychose*, Tome 1, Séances plénières, Tome 2, Discussion, Excerpta Medica Foundation.
- Doucet, P. et Reid, W. (1996). *La psychothérapie psychanalytique: une diversité de champs cliniques*, sous la direction de Pierre Doucet et Wilfrid Reid. Montréal, Canada: Gaëtan Morin éditeur.
- Driessen, E., Van Henricus, L., Peen, J., Don, F.J., Kool, S., Westra, D. et Dekker, J.J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 170, 112-118.

- Fiske, A., Henningsen, P. et Buyx, A. (2019). Your robot therapist will see you now: ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology and psychotherapy. *Journal of medical internet research*, 21(5), 1-19.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World psychiatry*, 14, 137-150.
- Freud S. (1956). Lettre à Wilhelm Fliess du 21/09/1897, In *La naissance de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve, dans *Œuvres complètes de Freud*, vol. 4. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique, *Œuvres complètes de Freud*, vol. 11. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1915-1917). Leçons d'introduction à la psychanalyse, dans *Œuvres complètes de Freud*, vol.14. Paris: Presses universitaires de France (PUF).
- Gabbard, G.-O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gilliéron, E. (2004). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris, France: Dunod.
- Glucksman, M.L. (2001). The dream: a psychodynamically informative instrument. *Journal of psychotherapy practice and research*, 10(4), 223-230.
- Goldberg, D.A., Plakum, E.M. (2013). Teaching psychodynamic psychotherapy with de Y model. *Psychodynamic psychiatry*, 41(1), 111-125.
- Gorman, J.M. (2016). Combining psychodynamic psychotherapy and psychopharmacology. *Psychodynamic psychotherapy*, 44(2), 183-210.
- Green, A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*. Paris, France: Gallimard.
- Hill, C.E. (2004). *Dream work in therapy: Facilitating exploration, insight, and action*, Washington, DC: American psychological association.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettitt, E. et Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomized controlled trial. *PlosOne*, 7, 5.
- Johansson, R., Frederick, R.J. et Andersson, G. (2013b). Using the internet to provide psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 41(4), 513-540.
- Juhos, C. et Mészáros, J. (2019). Psychoanalytic psychotherapy and its supervision via videoconference: experience, questions and dilemmas. *The American journal of psychoanalysis*, 79(4), 555-576.
- Lecomte C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, 20 (2), 37-63.
- Lecomte C, Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.

- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Leichsenring, F., Rabung, S. et Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R. et Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet psychiatry*, 2(7), 648-660.
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P. et Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 107-137.
- Merchant, J. (2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *The journal of analytical psychology*, 61(3), 309-328.
- Meaney, M.J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child development*, 81(1), 41-79.
- Miner, A.S., Milstein, A. et Hancock, J.T. (2017). Talking to machines about personal mental health problems. *JAMA*, 318, 13.
- Mulder, R., Murray, G. et Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet psychiatry*, 4(12), 953-962.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that works: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Panksepp, J. et Solms, M. (2012). What is neuropsych psychoanalysis?, Clinically relevant studies of the minded brain. *Trends in cognitive sciences*, 16, 1.
- Paris, J. (2017). Is psychoanalysis still relevant to psychiatry?. *The Canadian journal of psychiatry*, 65(5), 308-312.
- Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V. et Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: a neurophysiological study. *Experimental brain research*, 91, 176-180.
- Perron, R. (2013). *Une psychanalyse: pourquoi?*. Paris, France: Dunod.
- Perry, S., Cooper, A.M. et Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure and clinical application. *American journal of psychiatry*, 144, 543-550.
- Picard, J.-C. (2003). *Camille Laurin, l'homme debout*. Montréal, Canada: Boréal.
- Reid, W. (2008). Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique, Première partie: une théorie de la psyché. *Filigrane*, 17(1), 68-94.
- Reid, W. (2008). Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique, Deuxième partie: une théorie de la méthode *Filigrane*, 17(2), 70-98.
- Reid, W. et Amyot, A. (2015). Le rôle des psychanalystes dans l'histoire du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 93-106.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. et Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3(2), 131-141.
- Rosso, G., Aragno, E., Cuomo, A., Fagiolini, A., Di Salvo, G. et Maina, G. (2019). Five-year follow-up of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. *Psychiatric research*, 275, 27-30.
- Roussillon, R. (2005). La « conversation » psychanalytique: un divan en latence. *Revue française de psychanalyse*, 2(69), 365-381.
- Scarfone, D. (1999). *Oublier Freud?*. Montréal, Canada: Boréal.
- Scarfone, D. (2014). L'impassé: actualité de l'inconscient. *Revue française de psychanalyse*, 5 (78), 1357-1428.
- Silverberg, F. (2005). *Make de leap: a practical guide to breaking the patterns that hold you back*. New York, NY: Marlowe et Co.
- Tanguay, B. (1991). *Les voies de la recherche clinique en psychanalyse*, avec la collaboration de Jean Bergeret. Québec, Canada: Méridien; Toulouse, France: Presses universitaires du Mirail.
- Tanguay, B. (1994). *Le premier entretien et l'écoute psychanalytique*, avec la collaboration de Jean-Luc Donnet. Québec, Canada: Méridien; Toulouse, France: Presses universitaires du Mirail.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy works* (deuxième édition). Abingdon R.-U.: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Connaissances de l'inconscient. Paris, France: Gallimard.
- Yakeley, J. (2014). Psychodynamic psychotherapy: developing the evidence base. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 269-279.
- Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet psychiatry*, 5, 443-450.
- Young, J.E. et coll. (1995). *Je réinvente ma vie: vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal, Canada: Éditions de l'Homme.
- Yovell, Y., Solms, M. et Fotopoulou, A. (2015). The case for neuropsychanalysis: why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis. *The international journal of psychoanalysis*, 96, 1515-1553.