

Psychodynamique

Introduction, mécanismes de défense et enjeux transférentiels

Dre Caroline G. Thériault, résidente
Adaptation du cours de Dr Antoine Jilwan



Objectif du cours

1. Acquérir des connaissances de base en psychodynamique.
2. Comprendre les principes de transfert et de contre-transfert.
3. Apprendre à reconnaître les principaux mécanismes de défenses.



Plan du cours

1. Thérapie psychodynamique
2. Notions de base
3. Enjeux transférentiels
4. Mécanismes de défense

1.

Thérapie psychodynamique

Thérapie psychodynamique

Thérapie axée sur l'insight

Interprétation

Clarification

Observation

Confrontation

Encouragement
à l'élaboration

Reflets
empathiques

Psychoéducation

Conseils et
renforcements

Expression

Soutien

Prérequis à la thérapie psychodynamique

- Intégrité de l'égo
 - Tolérance à la frustration et à l'anxiété
 - Contrôle des impulsions
- Motivation au changement
- Curiosité par rapport aux phénomènes inconscients
- Capacité d'introspection
- Facultés cognitives et capacité d'abstraction

Indications de la thérapie psychodynamique

Principalement les **psychonévroses**

- Anxiété
- Obsessions, compulsions
- Conversion
- Dépression

	Psychoanalyse	Thérapie dynamique long terme	Thérapie dynamique brève
Durée des séances	40-60 min	40-60 min	40-60 min
Durée du traitement	Indéterminée	≥ 3 ans	6 mois à 2 ans
Nb de séances/sem	3-5	Variable : 1-3/sem	Variable : 1-2/sem
Présence d'un focus convenu au départ	Non	Non > Oui	Oui > Non
Interventions du thérapeute	Minimales	Occasionnelles	Plus fréquentes
Nature du dispositif	Divan-fauteuil	Généralement face-à-face, parfois divan-fauteuil	Face-à-face
Objectif	Changement du niveau d'organisation de la personnalité	Entre la psychoanalyse et la thérapie brève	Retour à l'équilibre antérieur, avec une compréhension nouvelle

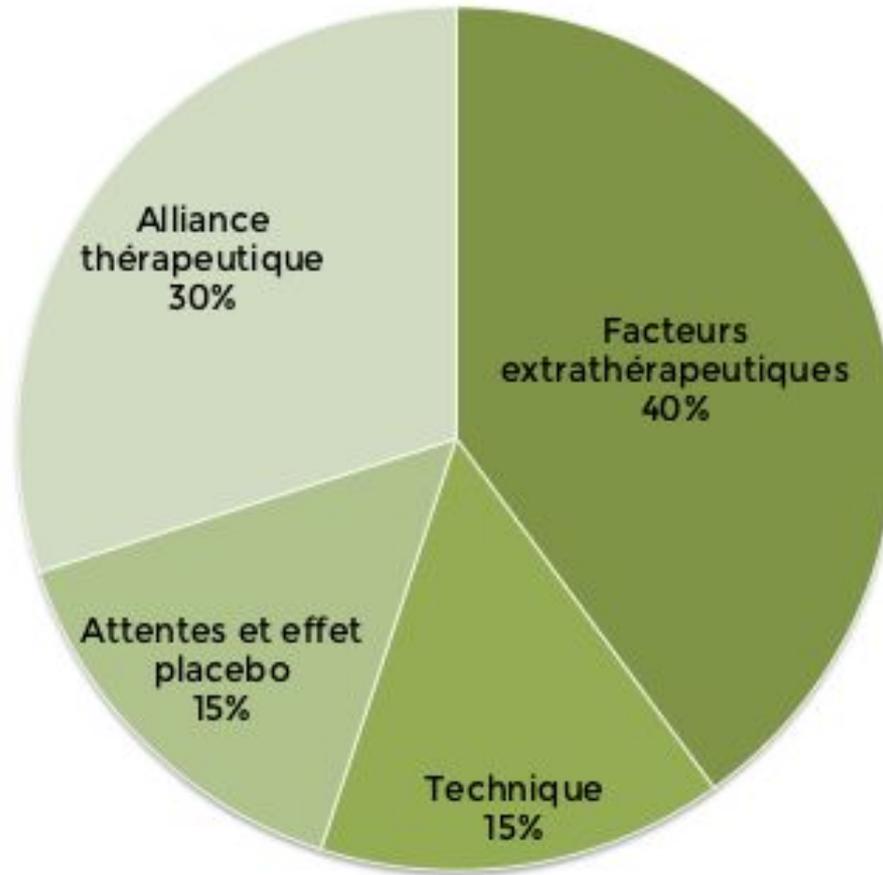
En quoi les concepts de psychodynamique sont-ils pertinents?

- Compréhension de l'être humain
- Précision du diagnostic
- Facilitation de la prise de médication
- Gestion du contre-transfert
- Facilitation de l'empathie

Buts de la thérapie psychodynamique

- Rendre conscient l'inconscient, via l'interprétation.
- Supporter l'égo du patient face aux forces inconscientes, via la consolidation des défenses.
- Travailler les patterns relationnels via une nouvelle expérience relationnelle avec le thérapeute.

Facteurs responsables du changement dans la psychothérapie

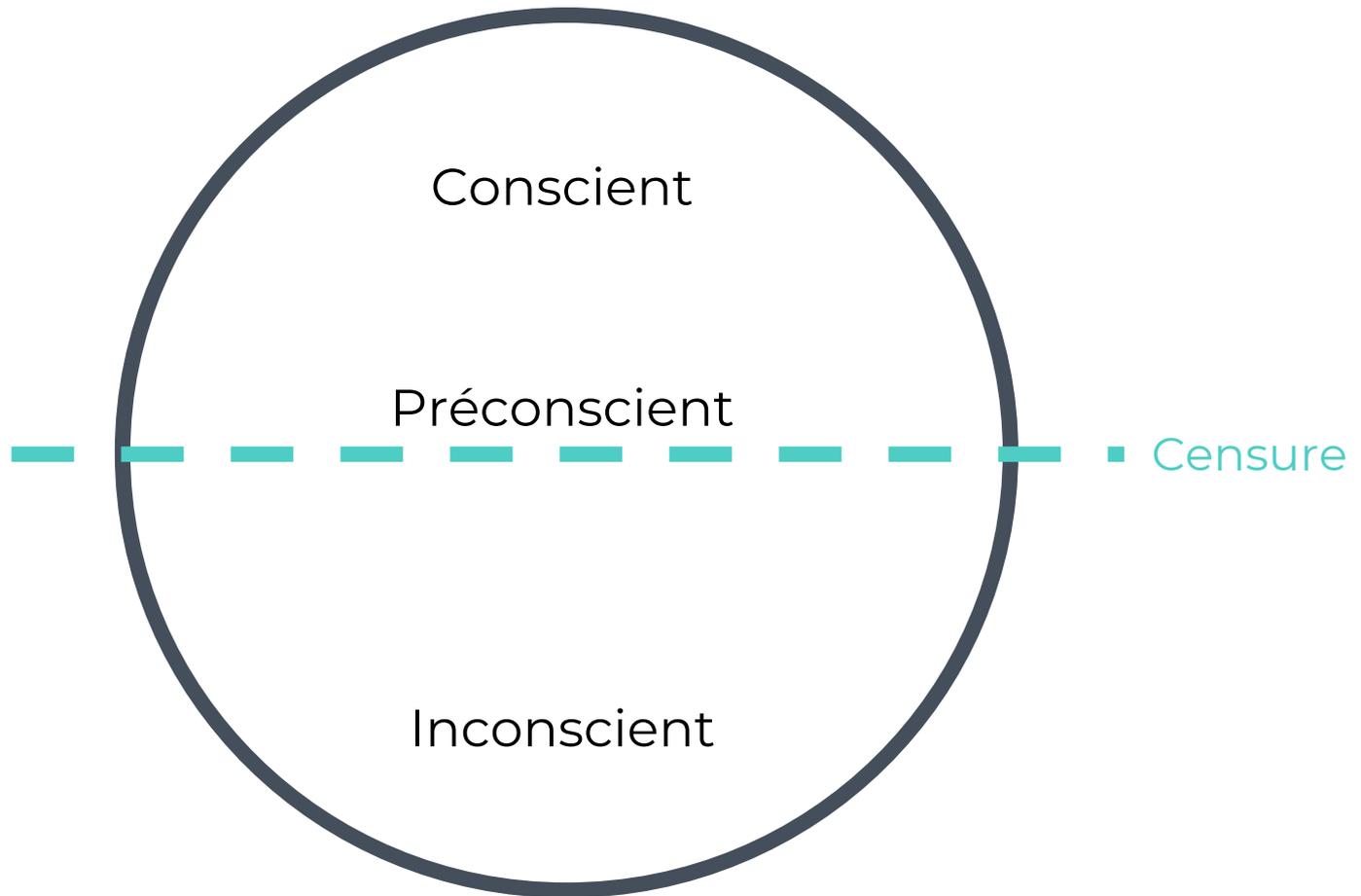


The Heroic Client, 2004

2.

Notions de base

Première topique : modèle fonctionnel



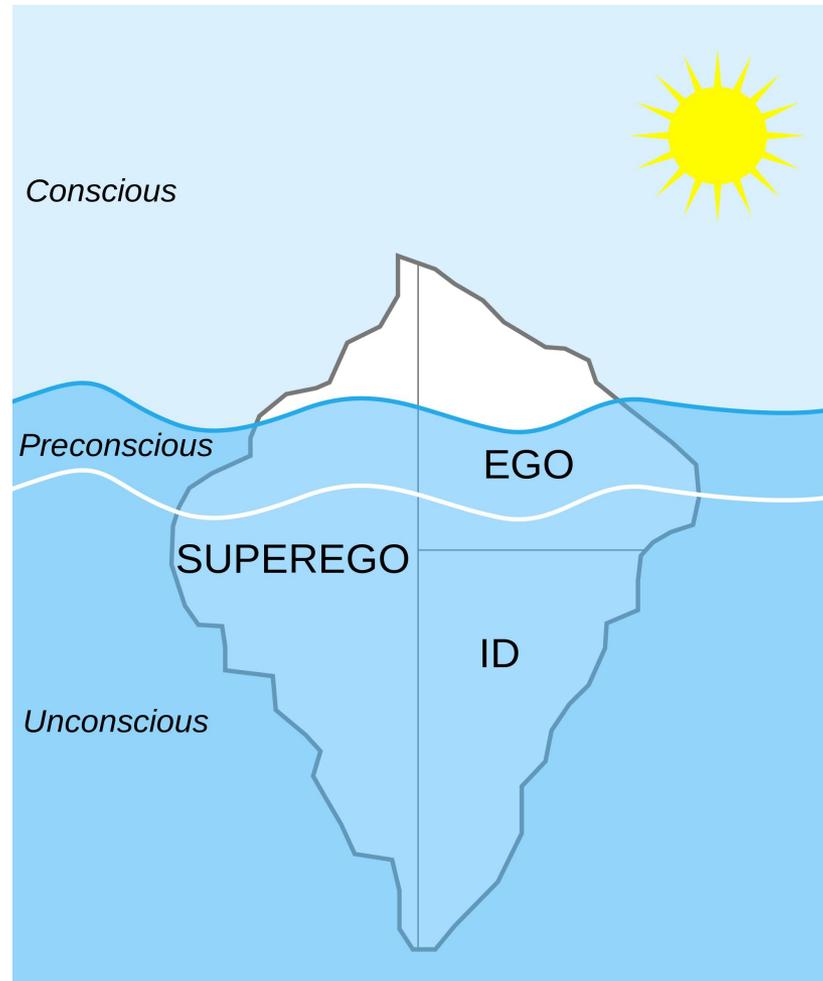
Accès à l'inconscient



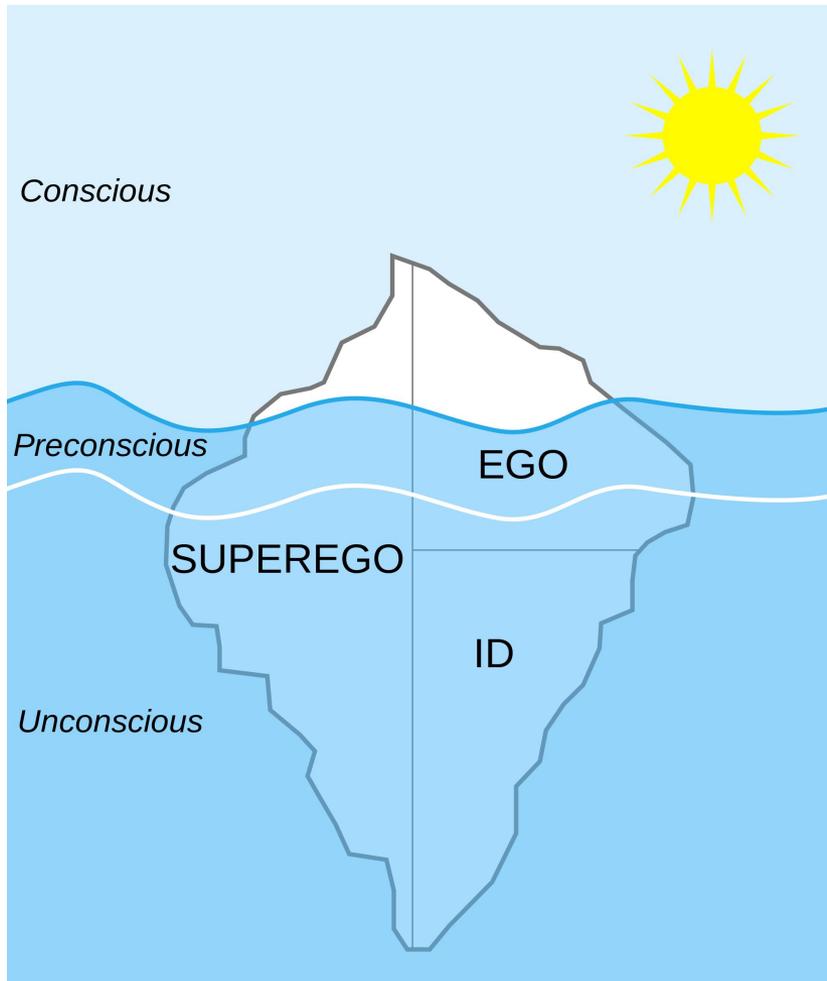
Via :

- Actes manqués
 - Maladresse
 - Oublis
 - Lapsus
 - Erreurs de lecture
 - Méprises...
- Rêves

Deuxième topique : modèle structural

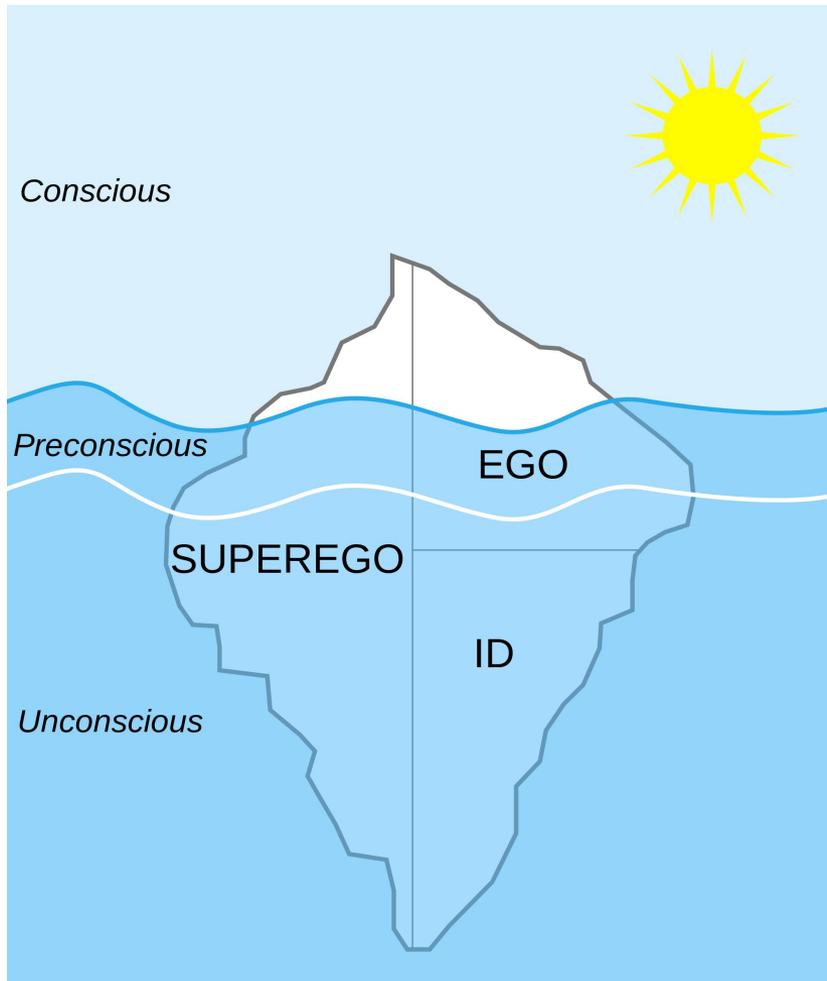


Deuxième topique : modèle structural



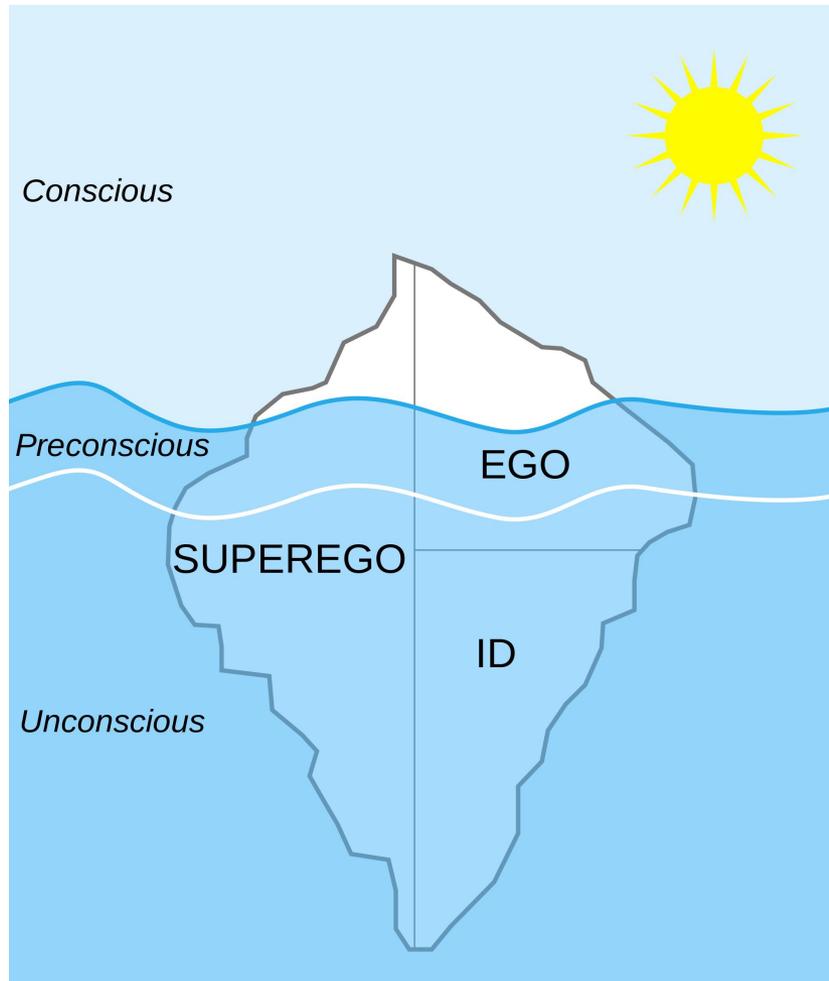
- Ça (*id*)
 - Réservoir des pulsions, souhaits et désirs
 - Évacuer la tension

Deuxième topique : modèle structural



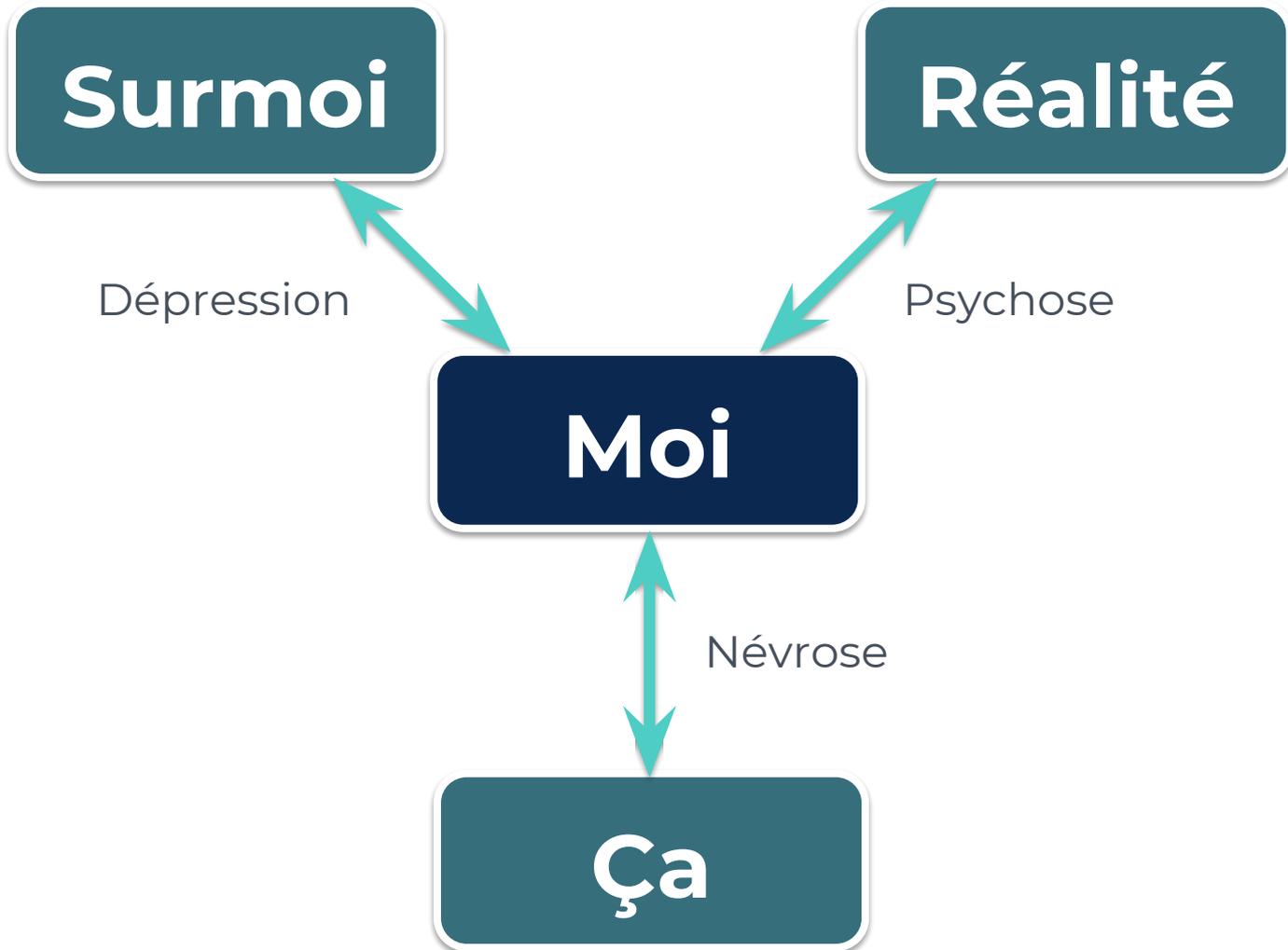
- Surmoi (*superego*)
 - Conscience morale (proscrit)
 - Idéaux (prescrit)

Deuxième topique : modèle structural



- Moi (*ego*)
 - Gestion du monde interne et relations avec le monde extérieur
 - Conscient : prise de décisions, intégration des données
 - Inconscient : mécanismes de défenses

Conflits intrapsychiques



3.

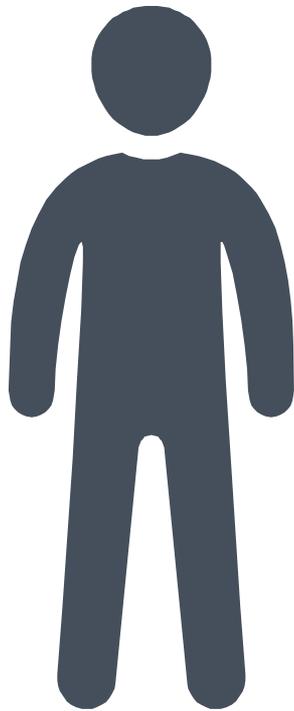
**Enjeux
transférentiels**



Principe

Le patient répète des relations passées

Transfert et contre-transfert



Patient



Thérapeute

Transfert

- Le thérapeute est vécu comme une figure significative de son passé.
- Suscité par des caractéristiques réelles du thérapeute.
- Réflexion est débutée avant même la première rencontre.

Relation thérapeutique

- Mélange entre une relation réelle et une relation transférentielle.
- Constitue une mine d'information.
- Deux dimensions :
 - Répétition
 - Correction

Types de transfert

Différentes façons de catégoriser :

- En fonction de l'affect
 - Positif ou négatif
- En fonction des relations passées
 - Maternel, paternel, fraternel
- Latéral

Classification du transfert en fonction de l'affect

- Positif (alliance thérapeutique)
 - Idéalisé
 - Érotique/érotisé
- Négatif

Classification du transfert en fonction des relations antérieures



- Maternel
 - Soins, contenance
- Paternel
 - Protection, limites, autorité
- Fraternel
 - Compétition

Transfert latéral

Déplace le vécu transférentiel face au thérapeute vers un objet à l'extérieur du cadre thérapeutique.

- Madame X. reproche en thérapie à sa sœur de ne pas être fiable. La séance d'avant, son thérapeute s'était présenté avec 25 minutes de retard.

Contre-transfert



Réaction inconsciente du thérapeute induit par le transfert du patient et ses caractéristiques réelles...

... mais aussi par nos propres enjeux psychodynamiques, nos « crochets »!

Notre part dans le contre-transfert

- Madame Y., jeune femme de 26 ans, patiente avec un trouble schizo-affectif, tout à fait charmante.
- Fait ressortir l'instinct de sauveur, suscite la pitié.
- Ressemble étrangement à mon amie d'enfance.

Éléments contributaires au contre-transfert

Notre contre-transfert est influencé par

- Nos présuppositions sur la race, la culture, le sexe et autres stéréotypes...
- Le dossier antérieur...
- Nos conversations avec nos collègues...

Contre-transfert



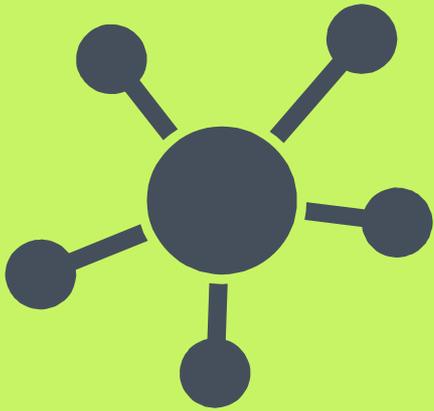
Le stéthoscope du psychiatre

- Outil diagnostic
- Nécessite un self-monitoring continu et une certaine connaissance de son monde intérieur

Exemple de self-monitoring

Patient : Dr, vous vous ennuyez!?

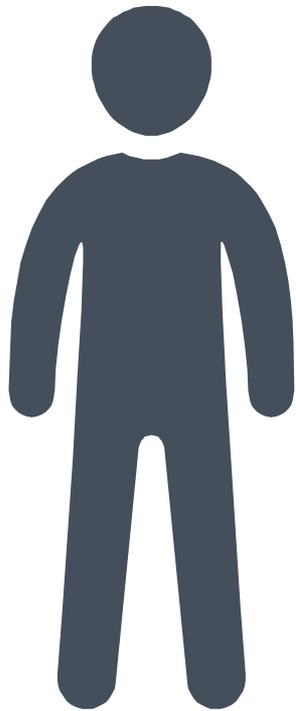
- Suis-je vraiment inattentif?
- Suis-je inattentif à cause de l'ennui?
 - Suis-je ennuyé par les problèmes de mon patients?
 - Suis-je ennuyé par mes problèmes personnels?



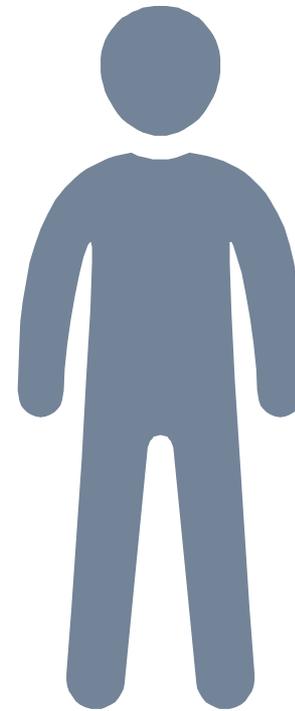
Alors, magie?

Non, neurones miroirs.

Relations d'objets

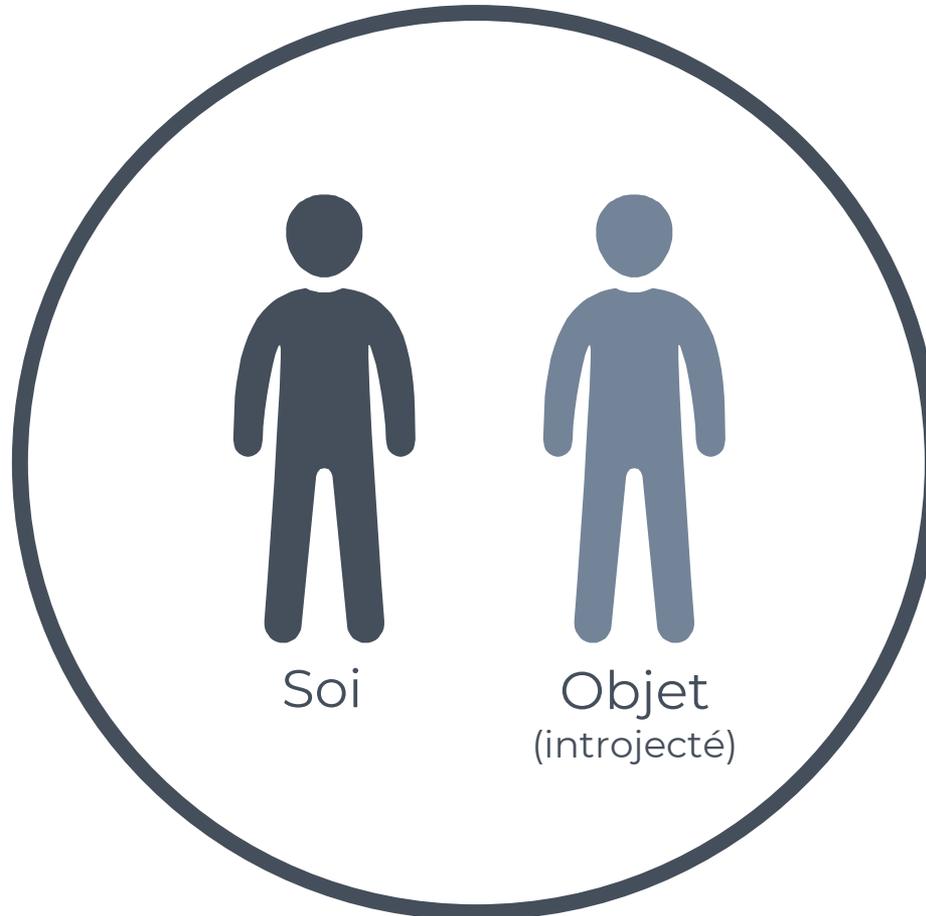


Soi



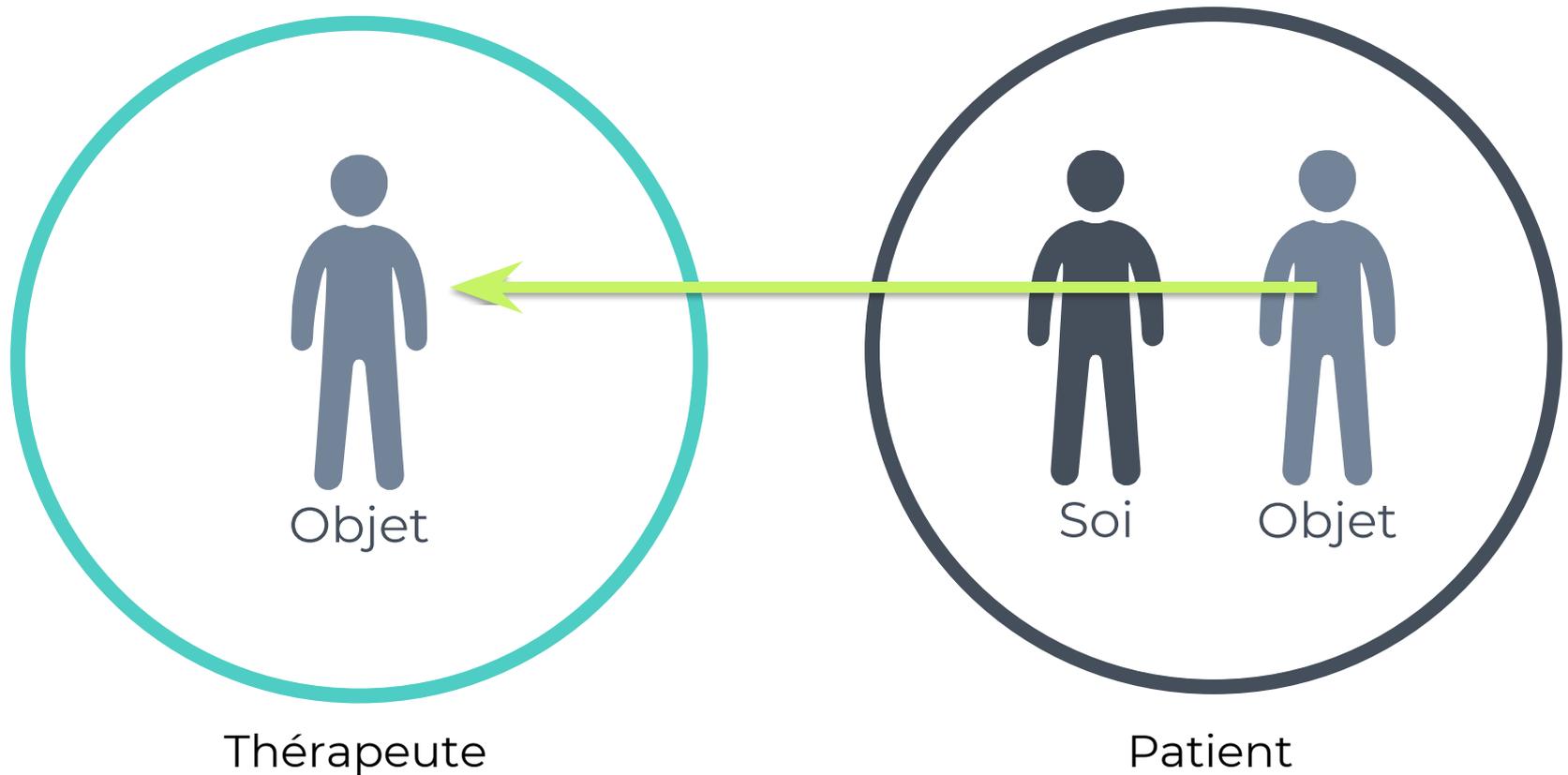
Objet

Représentations internes



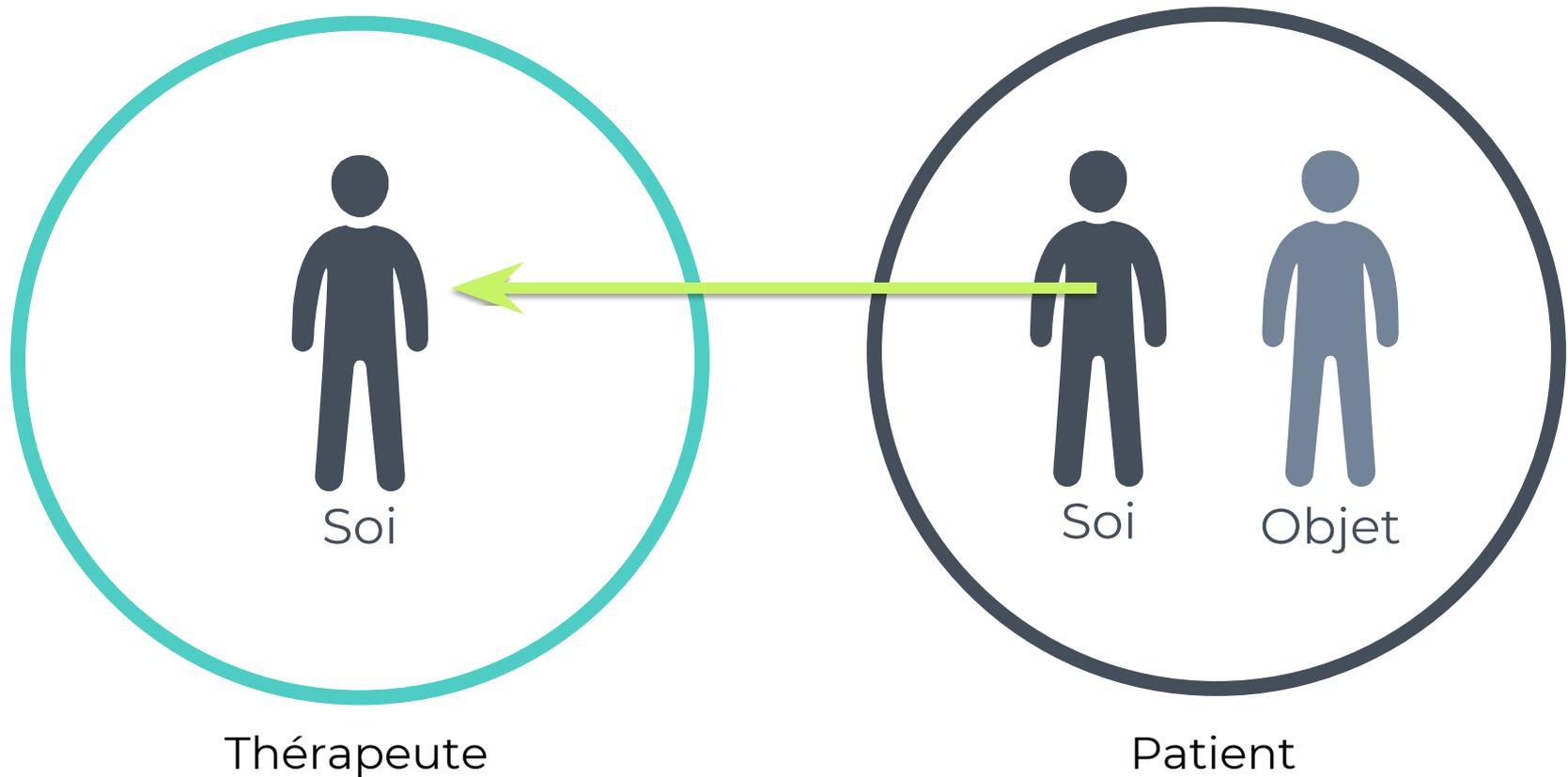
Contre-transfert direct complémentaire

Le thérapeute s'identifie avec les objets internes du patient



Contre-transfert direct concordant

Le thérapeute s'identifie avec le moi du patient

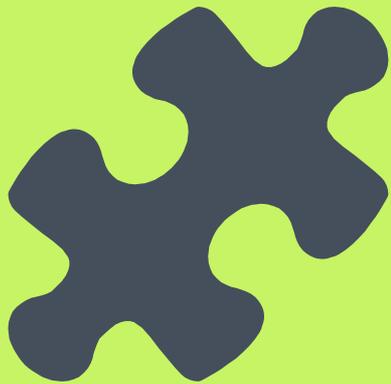


Contre-transfert indirect

Objet qui mobilise le contre-transfert ne provient pas du patient lui-même.

Filtre du thérapeute influençant la façon qu'il perçoit son patient.

C'est le transfert du thérapeute envers son patient.



Morale de cette histoire :

**Chacun amène son passé
à l'entrevue.**

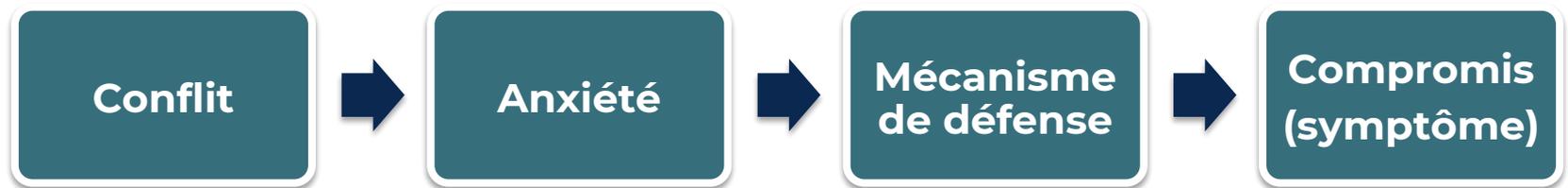
4.

Mécanismes de défense

Définition du DSM-5

- Mécanismes qui médient la réaction d'un individu à un conflit émotionnel et/ou à un stresser extérieur.

Utilisation des mécanismes de défense



Rôle des mécanismes de défenses

- Maintenir un sentiment de sécurité, d'attachement, de contrôle, de direction à sa vie, d'espoir.
- Maintenir son image de soi.
- Maintenir l'image d'une relation significative.



À retenir...

- Inconscients
- Involontaires
- Déclenchés par le sens donné aux événements

Utilisation des mécanismes de défense

- Chaque individu a son répertoire de défenses auquel il fait appel lors de conflits.
- Les mécanismes utilisés varient selon le contexte.
- Certains mécanismes sont pratiquement toujours non adaptatifs.
- D'autres peut être adaptatifs en fonction de plusieurs variables, soit selon l'intensité, le degré de flexibilité et le contexte où ils surviennent.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises défenses...

- Hiérarchie en terme d'adaptation
 - Moins adaptées : défendent contre affects pénibles, mais restreignent la flexibilité et la conscience des enjeux.
 - Plus adaptés : favorisent l'expression et la gratification des désirs, permettent la prise de conscience des sentiments et des idées, minimisent les conséquences négatives.

Mécanismes des défenses

- 42 répertoriés à ce jour, qui varient selon les listes

Classification des mécanismes de défense selon Vaillant

1. Défenses **psychotiques** et **pathologiques** (primitives)
2. Défenses **immatures**
3. Défenses **névrotiques**
4. Défenses **matures**

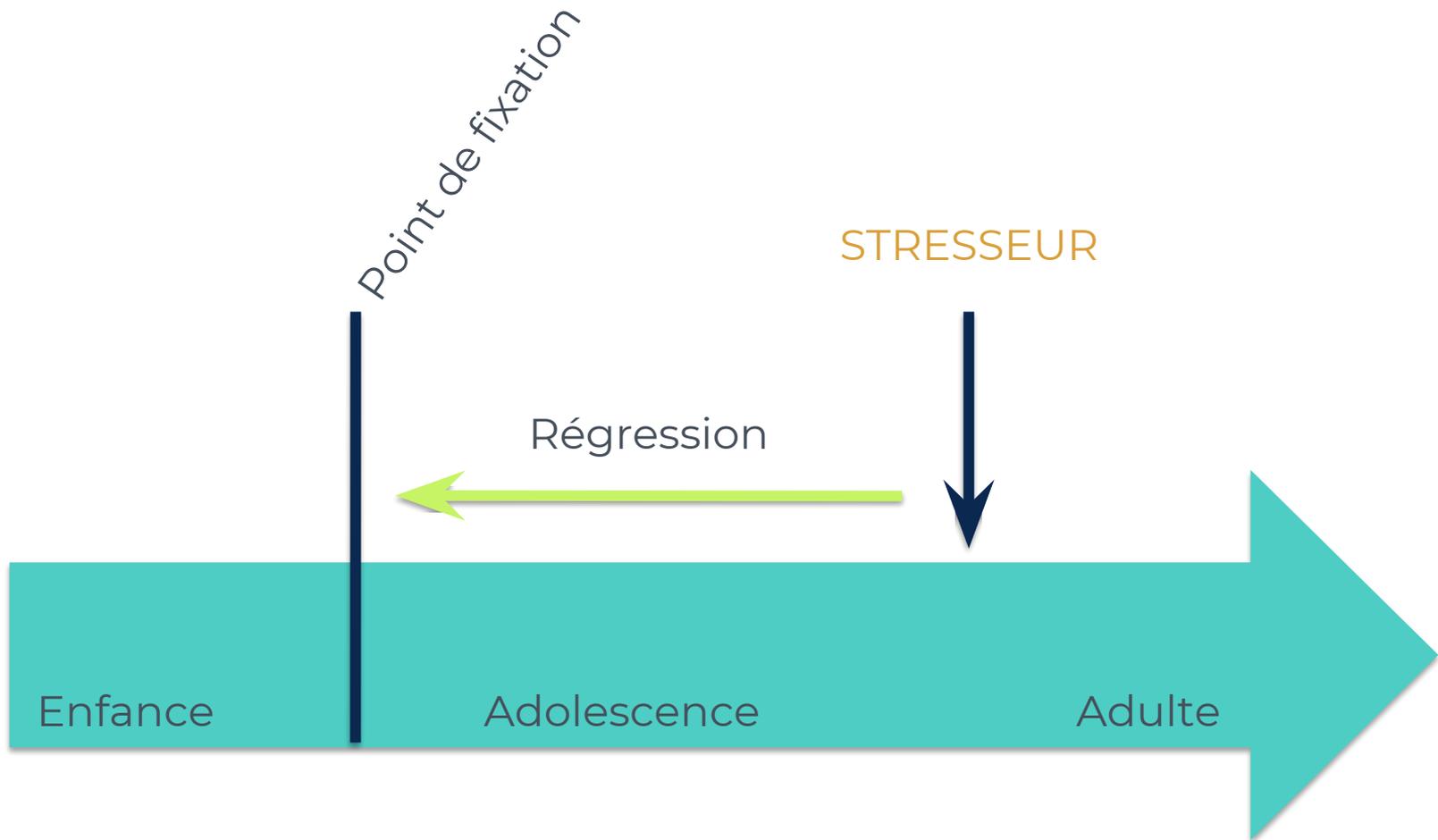
Classification des mécanismes de défense selon Perry

- 7. Défenses matures } Matures
- 6. Défenses obsessionnelles }
- 5. Autres défenses névrotiques } Névrotiques
- 4. Défenses narcissiques }
- 3. Défenses désaveu }
- 2. Défenses borderline } Immatures
- 1. Défenses d'action }
- 0. Défenses psychotiques (non incluses) } Primitives

Classification des mécanismes selon les stades de développement

1. Mécanismes primitifs
 - Enfant
2. Mécanismes immatures
 - Adolescent
3. Mécanismes névrotiques
 - Adulte
4. Mécanismes matures
 - Adulte bien adapté

Point de fixation et régression



Structures de personnalité



Structure de personnalité ≠ trouble de personnalité du DSM.

Chaque structure a ses propres angoisses, modes de relation et mécanismes de défenses privilégiés.

LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Organisation
Névrotique

**OBSESSIONNEL
COMPULSIF**

C

HYSTÉRIQUE

ÉVITANT

DÉPENDANT

Organisation
Limite

**NARCISSIQUE
HYPERVIGILANT**

HISTRIONIQUE

NARCISSIQUE

PARANOÏDE

NARCISSIQUE MALIN

SCHIZOÏDE

A

LIMITE

ANTISOCIAL

SCHIZOTYPIQUE

PSYCHOPATHE

Organisation
Psychotique

Inspiré de Kernberg
Evens Villeneuve

S
é
v
é
r
i
t
é

← Introversion Extraversion →

Structures de personnalité et mécanismes de défenses

Psychotique	Limite	Névrotique
Défenses <u>primitives</u> Omnipotence Clivage du moi Déni de la réalité Retrait autistique	Clivage de l'objet Déni partiel Identification projective Passage à l'acte	Défenses plus matures et plus diversifiées Refoulement, jamais de déni

Utilités pour le clinicien des mécanismes de défense

- Repérer la structure psychique du patient et orienter le choix des interventions
- Révéler et préciser les véritables affects sous-jacents
- Améliorer l'alliance thérapeutique
- Préciser les conflits psychiques
- Travailler le contact avec la réalité
- Préparer l'interprétation en thérapie psychodynamique

Introjection et identification

Un concept un peu nébuleux...

- À la fois un mécanisme de défense et mode de développement normal.
- Une façon d'internaliser une autre personne :
 - Telle quelle, en tant qu'« objet » (introjection).
 - Une version modifiée, incorporé dans le « soi » (identification).
- L'identification est parfois considérée comme un mécanisme plus mature que l'introjection.

Défenses primitives

- Projection
psychotique
- Déni psychotique
- Distorsion
psychotique
- Retrait autistique



Projection psychotique

Ce qui est à l'intérieur de soi est perçu comme venant de l'extérieur.

- Attribuer à autrui ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables.
- Psychotique : intensité délirante
- Monsieur A. nous raconte que les autres sont mal à l'aise en sa présence, qu'ils s'empêchent de venir dîner à la salle à manger à cause de lui, qu'il les répugne avec l'odeur de ses pieds.



Déni psychotique

Déni d'un aspect de la réalité extérieure ou d'un événement réel qui pourrait s'avérer douloureux.

- Psychotique : remplacement par un fantasme ou un délire
- Madame B. soutient que son mari décédé est parti en voyage, monter l'Everest.



Distorsion psychotique

Altération importante de la réalité externe afin de répondre à ses besoins internes.

- Monsieur C. croit qu'on l'hospitalise contre son gré, car il est un spécimen supérieur qu'on souhaite observer.



Retrait autistique

Évitement de toute interaction ou contact avec le monde extérieur en situation de conflits ou de stress.

- Monsieur D. est couché sur une civière à l'urgence, a les yeux fermés et ne répond à aucun stimuli, même pas au frottement sternal. Il ouvre les yeux quelques minutes plus tard, le temps d'avaler son souper, mais n'a aucune interaction avec le médecin à son chevet.

Défenses immatures

- Passage à l'acte
- Agressivité passive
- Hypochondrie
- Fantaisie schizoïde
- Somatisation
- Clivage
- Identification projective
- Rationalisation
- Projection non psychotique
- Dénier non psychotique
- Idéalisation
- Dévalorisation
- Omnipotence



Passage à l'acte

Expression directe d'une impulsion ou d'un souhait inconscient dans un comportement incontrôlé.

- Évacue l'affect associé plutôt que d'en prendre conscience, de le tolérer et de réfléchir sur les conséquences possibles de ses actions.
- Madame E. exige ses vêtements pour quitter immédiatement et, malgré l'excellente tentative de l'infirmière à la pacification, la situation se termine en code blanc. Nous nous retrouvons donc obligés de garder Madame E., le temps qu'elle se remette de la médication en injection.



Agressivité passive

Expression indirecte d'une agression envers autrui.

- La façade de conciliation apparente masque une résistance cachée.
- Bien que Monsieur F. nous ait remercié chaleureusement de faire des modifications à sa médication au dernier rendez-vous, il nous informe aujourd'hui que la prescription se trouve toujours pliée dans la poche arrière de son pantalon.



Hypocondrie

“Help-rejecting behavior”

- Demandes d'aide répétées pour des plaintes somatiques, suivi du rejet de l'aide offerte.
- Expression de la colère par rapport à des expériences antérieures où les besoins n'ont pas été satisfaits.
- Madame G. rapporte une insomnie chronique sévère invalidante dans son fonctionnement au quotidien. Au fil des séances, différentes suggestions sont faites. Elle n'est pas intéressée à consulter le livre « Vaincre les ennemis du sommeil », expliquant qu'elle connaît déjà tous les trucs. Elle refuse tout changement de médicament, affirmant avoir déjà essayé toutes les molécules. Elle refuse de tenir un registre du sommeil afin de permettre une évaluation plus approfondie de la problématique.



Fantaisie schizoïde (rêverie autistique)

Se retirer dans son monde privé intérieur pour éviter l'anxiété.

- Les fantasmes se substituent aux relations interpersonnelles, aux actions plus efficaces ou à la résolution de problème.
- Madame H. vient d'avoir une querelle avec son copain. Plutôt que d'aborder avec lui le sujet de leur dispute, elle se retire à sa chambre en regardant son tableau *Pinterest* de robes de mariée.



Somatisation

Conversion des affects en symptômes physiques, sur lesquels on concentre son attention.

- Le conflit psychique est inaccessible à la conscience ou le symptôme psychologique est perçu comme inacceptable.
- Le jour où Madame I. devait aller au bureau du chômage régler la question de son récent arrêt de travail, elle se réveille nauséuse, étourdie et incapable de sortir du lit.



Clivage

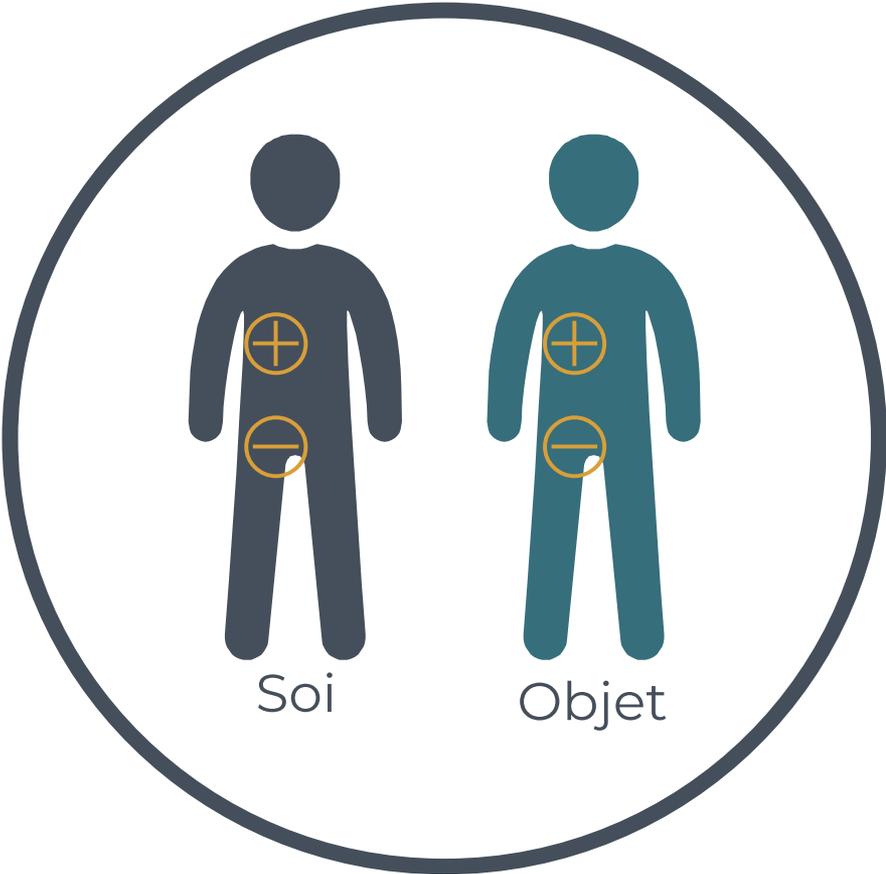
Compartimentalisation des affects opposés.

- Incapacité à intégrer ses propres qualités et défauts et ceux des autres de façon cohérente.
- Les images de soi et des autres alternent entre des positions polarisées.
- Madame J. déteste la psychiatre qu'elle a rencontrée à sa première rencontre à la clinique externe. La résidente de celle-ci voit maintenant Madame seule aux deux semaines pour son suivi psychiatrique. Leur conversation est habituellement orientée sur sa mauvaise expérience avec la psychiatre, qui l'a traitée comme un criminel. Elle est bien heureuse de n'avoir dorénavant qu'à interagir avec la résidente, qui l'a toujours traitée avec respect et douceur.

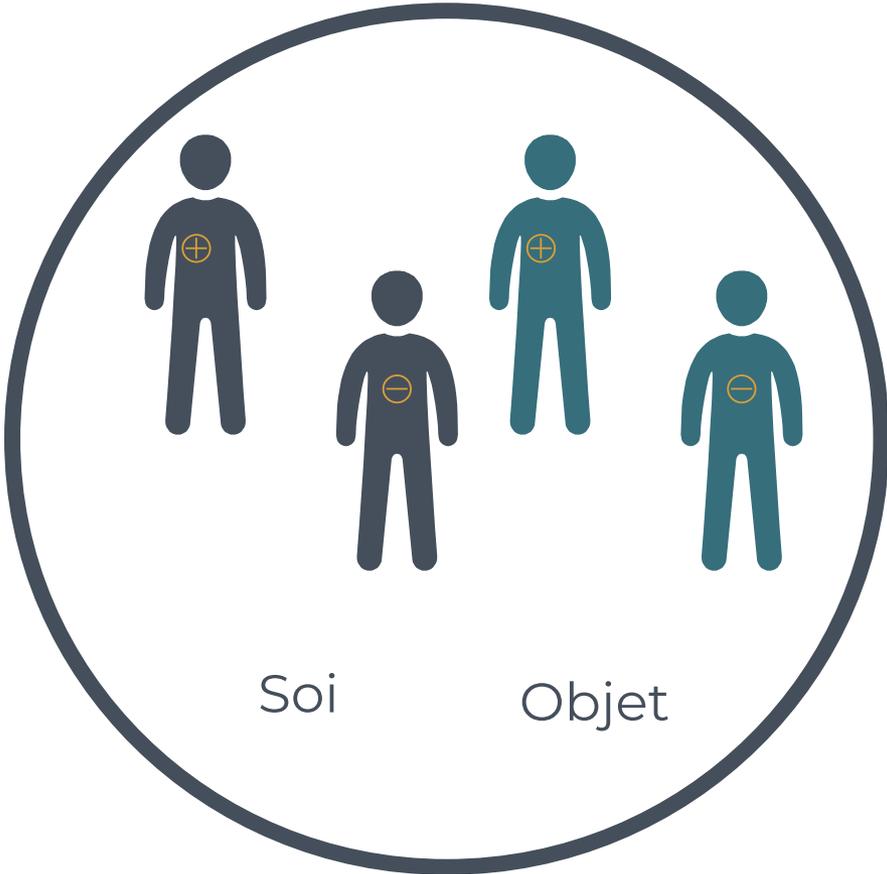
Clivage (suite)



Sans clivage

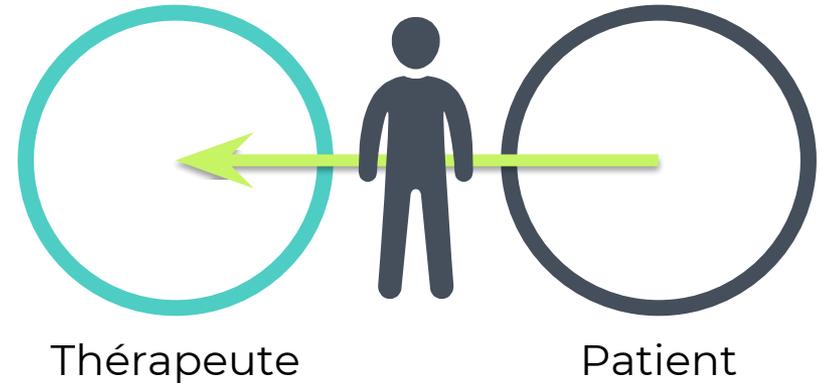


Avec clivage



Identification projective

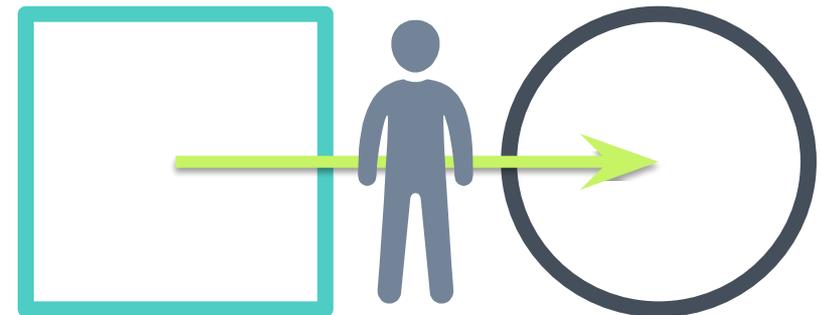
1.
Projection



2.
Identification



3.
Réintrojection





Identification projective (suite)

Mécanisme de défense en trois étapes.

- Fait porter à autrui une partie de la charge affective et du conflit.
- La réintrojection du soi ou de l'objet modifié peut être thérapeutique.
- Madame K. vit de la frustration face à l'ordonnance de traitement et sent qu'elle perd contrôle sur la situation. Elle projette sur son psychiatre la figure paternelle autoritaire. Son psychiatre ressent de la frustration par rapport à la situation et serait tenté de prendre des décisions unilatérales sans en discuter avec la patiente. Il réalise cependant les enjeux psychodynamiques à l'œuvre et responsabilise la patiente dans le plan de traitement.



Rationalisation

Justification d'attitudes, de croyances ou de comportement inacceptables.

- Dissimulation des motivations réelles derrière des explications rassurantes.
- Madame L. n'a pas pu acheter la maison qu'elle souhaitait, son hypothèque ayant été refusée à la banque. Elle explique à sa famille que, de toutes façon, ce n'aurait pas été un bon achat. La toiture était à refaire, la station de métro la plus près se situait à 30 minutes à pied et les fenêtres étaient de dimensions étranges, ce qui rendrait difficile l'achat de stores.



Projection non psychotique

Idem à la projection psychotique, mais non délirante.

- À la fin de la séance, Madame M. dit à son psychiatre : « Je le sais Docteur que si vous ne voulez pas me voir plus souvent, c'est que vous croyez qu'il n'y a rien à faire avec moi, que je suis vouée à l'échec et qu'une nouvelle rechute est inévitable. »



Déni non psychotique

Déni d'un aspect d'une expérience, soit une idée ou un affect, qui semble évident pour autrui, afin d'éviter une forme de souffrance.

- Monsieur N. soutient que ça ne lui fait rien que sa mère lui est interdit de revenir au domicile familiale en lui retirant sa clé lors de sa visite ce matin.



Idéalisation

Attribuer à autrui ou à soi-même des qualités exagérées.

Dévalorisation

Attribuer à autrui ou à soi-même des défauts exagérés.



Omnipotence

Agir comme si on possède des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux d'autrui.

- Madame O. arrive à l'urgence au milieu de la nuit, après un conflit avec son conjoint au sujet d'un voyage. Elle nous explique que nous faisons une grave erreur, que nous devons immédiatement appeler son patron qui pourra témoigner de sa bonne santé mentale et qui exigera qu'on lui donne son congé. Elle est une excellente employée qui assure à elle seule le bon fonctionnement du bureau où elle travaille. Elle fera en sorte que l'agente de voyage ayant mal fait la réservation de ses billets d'avion soit congédiée.

Défenses névrotiques

- Refoulement
- Dissociation
- Déplacement
- Formation réactionnelle
- Sexualisation
- Isolement de l'affect
- Intellectualisation
- Annulation rétroactive



Refoulement

Expulsion des désirs, pensées ou expériences pénibles de sa conscience.

- L'affect peut rester présent, mais il est détaché des idées qui lui sont associées.
- Alors que le déni est associé aux éléments extérieurs, le refoulement est associé aux états intérieurs.
- Utilisé dans plusieurs autres mécanismes de défenses sophistiqués.
- Monsieur P. devient en colère lorsqu'il parle de sa belle-mère, mais est incapable de nous expliquer pour quelle raison. Sa femme, présente lors de l'entretien, évoque une querelle lors du dernier souper de famille, dont Monsieur ne garde aucun souvenir.



Dissociation

Modification temporaire, mais drastique, du caractère et de l'identité pour éviter la détresse émotionnelle.

- Altération de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement.
- L'affect ou la pulsion s'exprime hors du conscient.
- Fugue ou amnésie dissociative, dépersonnalisation, déréalisation, dissociation de l'identité, etc.



Dissociation (suite)

- Madame Q. se présente à l'urgence. Lorsqu'elle parle de son père, qui a été agressif verbalement durant toute son enfance, sa voix devient soudainement plus grave et Madame devient menaçante. Quelques minutes plus tard, elle redevient elle-même, mais ne se souvient plus d'avoir proféré des menaces dans notre bureau.



Déplacement

Déplacement d'une sentiment ou d'une impulsion d'un objet vers un autre.

- La cible est changée, mais pas l'impulsion associée.
- Madame R. a eu une mauvaise journée au travail. Lorsqu'elle arrive à la maison, elle engueule ses adolescents sans raison.



Formation réactionnelle

Substitution d'un comportement, d'une pensée ou d'un sentiment inacceptable par son contraire.

- Monsieur S. a eu un rendez-vous en clinique externe. Depuis ce temps, il laisse une quinzaine de messages sur le répondeur à toutes les semaines. Dans un de ses messages, il est particulièrement bizarre et parle de « terroristes » et d'« avertissements ». La résidente décide donc d'appeler la police pour qu'il soit évalué à domicile et on conclut alors qu'il est non dangereux et non psychotique. Au rendez-vous suivant, Monsieur S. explique à quel point il aime l'Hôpital X et sa résidente attitrée qui est si douce et si gentille.



Sexualisation

Attribution d'une signification érotique à un objet ou un comportement qui n'en avait pas initialement.

- Fantasmés, fétiches et pratiques sexuelles sont des manifestations de la sexualisation, sans que ceux-ci ne soit nécessairement problématiques, comme c'est le cas avec tous les mécanismes de défenses.



Isolation de l'affect

Séparation d'une idée de l'affect qui lui est associé.

- Monsieur T. décrit les détails de son accident d'automobile, tout en gardant une expression neutre sur son visage.



Intellectualisation

Usage excessif de la pensée abstraite ou des généralisations pour éviter une émotion difficile.

- Un peu comme la rationalisation, mais avec des explications abstraites.
- Madame U. explique qu'elle a fait une crise, mais que le véritable problème de nos jours est qu'il n'est plus socialement acceptable d'exprimer ses émotions. En tant que femme, on s'attend d'elle qu'elle demeure discrète et obéissante, mais les générations précédentes ne se sont pas mobilisées dans les rues pour qu'elle se contente d'être un tapis dans le salon du mâle contemporain.



Annulation rétroactive

Correction symbolique des pensées, des sentiments ou des actions antérieures par un comportement ou un propos.

- Monsieur V. conclut que s'il n'effectue pas ses rituels, il deviendra itinérant. Il se corrige cependant rapidement en expliquant qu'il pourra toujours retourner vivre chez ses parents.

Défenses matures

- Répression
- Anticipation
- Sublimation
- Humour
- Altruisme
- Ascétisme



Une question de termes...

Refoulement = « Repression »

Répression = « Suppression »



Répression

Décision délibérée de détourner son attention temporairement d'un conflit, d'un sentiment, d'une expérience ou d'un désir.

- Docteure W. vient d'avoir une querelle avec sa sœur. Elle regarde sa longue liste de patients pour l'après-midi et décide qu'elle doit se concentrer sur son travail, elle rappellera sa sœur plus tard pour régler la question



Anticipation

Atténuation du conflit ou stresser en anticipant les conséquences d'un évènement futur ou ses solutions de façon réaliste et en faisant l'expérience des réactions émotionnelles qui pourraient y être associées.

- Avant de discuter d'un conflit avec son amie, Madame X. pense à comment elle pourrait se sentir si son amie décidait de couper les liens avec elle.



Sublimation

Canalisation des sentiments et des impulsions vers un comportement socialement acceptable.

- Il y a reconnaissance, modification et une certaine satisfaction du sentiment, versus un simple déplacement ou refoulement de l'émotion.
- Madame Y. souhaite cesser sa consommation de speed. Lorsque l'envie lui vient de consommer, elle peint des toiles.



Humour

Identification d'éléments amusants ou ironiques dans un conflit pour réduire l'affect déplaisant.

- Permet une certaine distance et objectivité.
- Madame Z. déboûle les marches dans la foire alimentaire d'un centre d'achat. Elle se relève et fait une révérence lorsqu'elle voit tous les gens tournés vers elle.



Altruisme

Dévouement aux besoins des autres, de façon prioritaire à ses propres besoins.

- Présence d'une certaine gratification.
- Madame A. a eu des problèmes de toxicomanie lors de son baccalauréat en psychologie. Elle fait maintenant du bénévolat à temps partiel pour une ligne de soutien à l'abstinence.



Ascétisme

Élimination de tout plaisir en raison des conflits suscités par celui-ci.

- La renonciation du plaisir constitue en soi une gratification.
- Exemple classique : l'abstinence dans le clergé.

Conclusion

Rester à l'affût des enjeux transférentiels et des mécanismes de défenses : précieuses sources d'information dans notre compréhension de l'autre.





Des questions?

Références



- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. Rév.). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). Washington, États-Unis : American Psychiatric Publishing.
- Blondeau, C. (Automne 2013). *Introduction à la thérapie psychodynamique*. Cours aux résidents en psychiatrie, Université de Montréal.
- Constantinides, P et Chaloult, G. (Automne 2015). *Mécanismes de défense*. Cours aux résidents en psychiatrie, Université de Montréal.
- Cyr, J. (Automne 2012). *Les névroses*. Cours aux résidents en psychiatrie, Université de Montréal.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5e édition). Washington, États-Unis : American Psychiatric Publishing.
- Jilwan, A. (Hiver 2016). *Psychanalyse et mécanismes de défense*. Cours aux externe en psychiatrie, CHUM, Université de Montréal.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis* (2e édition). New York, États-Unis : The Guildford Press.
- Sadock, B. J. et al. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (11e édition). Philadelphie, États-Unis : Wolters Kluwer.
- Villeneuve, É. (Octobre 2014). *Intervenir auprès des personnes présentant un trouble de personnalité*. Forum sur le suicide, Montréal.