

THÉORIE ET PRISE EN CHARGE

# DÉPRESSION ET PSYCHANALYSE

---

Recherche menée par

**Olivier BOUVET DE LA MAISONNEUVE**

Centre Hospitalier Sainte-Anne, PARIS.



FONDATION  
Pierre Deniker

POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE

# Dépression et psychanalyse

La psychanalyse des patients déprimés est une jeune technique thérapeutique issue d'une méthode ancienne et qui a pris une ampleur de façon relativement récente. Dans cet article, le Dr. Olivier Bouvet de la Maisonneuve souligne que bien que les médicaments constituent un premier pas pour « sortir la tête hors de l'eau » pour une personne déprimée, la psychanalyse peut constituer le pas suivant, en particulier lorsqu'elle s'interrogera sur son destin et voudra le reprendre en main. La psychanalyse est une méthode thérapeutique dans laquelle, contrairement aux idées reçues, le patient joue un rôle actif, c'est pourquoi elle trouve son indication en dehors de la crise. La dépression reste pourtant une indication paradoxale car l'angoisse qui est son symptôme premier, suspend les associations qui sont au cœur du travail et expose le patient à des passages à l'acte qui le font sortir du cadre. Il est possible de travailler, en analyse, avec des patients déprimés à la condition qu'existe une double prise en charge et que la douleur soit contrôlée par le traitement. Le Dr. Olivier Bouvet présente les fondements théoriques de l'approche psychanalytiques de la dépression, les aménagements nécessaires de la technique et les différents temps de la cure analytique. La dépression est une maladie de la dépendance et les cicatrices qu'elle laisse sur son passage empêchent parfois le sujet d'accéder à l'autonomie de son désir : toutes les thérapies, quelles qu'elles soient, connaissent le même écueil...

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	p.3
<b>Les fondements théoriques</b>	p.3
<b>La technique de la cure analytique des sujets dépressifs</b>	p.5
<b>Conclusion</b>	p.7
<b>Références</b>	p.8
<b>Biographie</b>	p.10

**NOTA BENE :** Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 8).

## Introduction

1. Pour des informations sur les interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la dépression, consultez :

> L'article n°22 : « L'identification des rapports bénéfiques dans la prescription des antidépresseurs » (Dr. F. Rouillon & Dr. Hélène Verdoux)

> L'article n°23 : « Les antidépresseurs dans la vraie vie » (Dr. Viviane Kovess)

> L'article n°28 : « Antidépresseurs et suicide » (Pr. Philippe Courtet, Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

2. Sigmund Freud est le fondateur de la psychanalyse : [Consulter le lien](#)

3. ABRAHAM KARL (1877-1925), biographie : [Consulter le lien](#)

L'indication de la psychanalyse dans la prise en charge des dépressions a pris une ampleur de façon relativement récente. Les développements de la chimiothérapie antidépressive et l'existence d'un système de santé performant ont changé le pronostic d'une pathologie qui menait à l'exclusion. De plus en plus de gens se relèvent et décident de lutter, les médicaments<sup>1</sup> sont alors pour eux un premier pas, pour sortir la tête hors de l'eau, mais la psychanalyse peut constituer le pas suivant, lorsqu'ils s'interrogent sur leur destin et veulent le reprendre en main. La psychanalyse est une méthode thérapeutique dans laquelle, contrairement aux idées reçues, le patient joue un rôle actif, c'est pourquoi elle

trouve son indication en dehors de la crise. La dépression reste pourtant une indication paradoxale, car l'angoisse qui est son symptôme premier suspend les associations qui sont au cœur du travail et expose le patient à des passages à l'acte qui le font sortir du cadre. Il est possible de travailler, en analyse, avec des patients déprimés à la condition qu'existe une double prise en charge et que la douleur soit contrôlée par le traitement. La dépression est devenue pour nous, analystes, une indication incontournable, mais elle nous contraint à sortir de la manière de faire traditionnelle. Il n'existe pas de consensus sur la place de la dépression dans la théorie analytique, ni sur les modalités de la prise en charge.

## Les fondements théoriques

C'est Freud<sup>2</sup> lui-même qui pose les bases de l'approche psychanalytique des dépressions et il le fait dès le départ, lorsqu'il fonde sa première théorie des névroses en 1895 par un démembrement de la neurasthénie [1]. Ce concept est le creuset d'où Janet tirera la théorie de la dépression, mais Freud refuse sa conception déficitaire qui assimile la psychopathologie à une insuffisance psychique. Ce refus fondateur explique la réticence de beaucoup d'analystes à théoriser la dépression. Pourtant, Freud a évolué et les premiers échecs de sa méthode clinique l'ont amené

à revoir sa psychopathologie et à sortir du cadre de la névrose. Sous l'influence d'Abraham<sup>3</sup> [2], il choisit de repartir de l'étude de la dépression devenue prototype des névroses narcissiques : l'article fondateur, c'est « Deuil et mélancolie » [3], en 1915. Freud décide de la référer au deuil, c'est-à-dire aux expériences de perte de l'objet aimé, mais, dans la dépression, cette perte se situe à un niveau inconscient : elle concerne le moi qui s'est identifié à l'objet perdu. Cette première approche est complétée par deux textes parus l'un en 1921, « Psychologie des foules et analyse du moi »

4. Otto Kernberg, biographie :  
[Consulter le lien](#)

5. Jean Bergeret, biographie :  
[Consulter le lien](#)

6. André Green, biographie :  
[Consulter le lien](#)

7. Pierre Fedida, biographie. À lire aussi : « **Pierre Fedida : Des bienfaits de la dépression** », *Figures de la psychanalyse* 1/2003 (no8), p. 144-146. [Consulter le lien](#)

8. Mélanie Klein, biographie :  
[Consulter le lien](#)

9. Jacques Lacan, biographie :  
[Consulter le lien](#)

[4] et l'autre en 1923, « Le moi et le ça » [5]. Progressivement Freud change son système de représentation de l'appareil psychique, curieusement, le processus même par lequel il caractérisait la mélancolie est alors utilisé pour décrire la constitution du moi. Nos moi, écrit-il, sont faits des traces laissées par nos liens abandonnés. Chaque lien brisé laisse en nous sa marque et notre identité est le résultat de la construction dans le temps de ces résidus [6]. La construction de notre moi marque donc la réussite d'un processus dont la mélancolie représente l'échec. Freud explique la culpabilité dépressive par un conflit entre le surmoi, instance morale qui est l'héritier des figures parentales idéalisées, et le moi qui régit la conscience au nom du principe de réalité. Le surmoi excessivement fort qui s'est annexé la conscience fait rage contre le moi... La composante destructrice s'est retranchée dans le surmoi. Ce qui règne maintenant dans le surmoi c'est, pour ainsi dire, une pure culture de la pulsion de mort [7]. La pulsion de mort, qui constitue une pièce maîtresse de la conception freudienne de la dépression, est restée très controversée et de nombreux analystes n'ont pas voulu suivre Freud jusque-là. C'est le cas de l'école américaine. Comme ils se refusent à une approche spécifique, ils rencontrent la dépression comme ce qui met en échec le processus analytique. Ils privilégient alors une approche plus pédagogique pour ces patients, les thérapies d'inspiration analytiques. Kernberg<sup>4</sup> [8] et Bergeret<sup>5</sup> [9] ont pu théoriser cela en forgeant le concept de structure borderline ou d'état limite. Les auteurs français qui s'inscrivent dans cette démarche sont cependant revenus à une lecture plus complète de l'œuvre de Freud. On peut, par exemple, citer les travaux d'André Green<sup>6</sup> [10] ou ceux de Pierre Fedida<sup>7</sup> [11].

Freud n'a pas eu le temps d'aller jusqu'au bout de la refonte de son système, pour ceux qui veulent penser la prise en charge des déprimés comme une cure authentiquement analytique, les pistes théoriques les plus encourageantes ont été apportées par Mélanie Klein<sup>8</sup> [12]. Pour elle, comme pour Freud, le processus fondamental de la mélancolie c'est la perte de l'objet aimé. Son apport spécifique, c'est de dire que cette perte est survenue une première fois chez tous les êtres humains, mais de façon relative, à travers un vécu d'abandon lié à la perte du lien fusionnel avec la mère : c'est le concept de position dépressive. La réponse normale à l'épreuve de la perte est une installation de l'objet à l'intérieur du moi, c'est l'introjection qui est permise par les mécanismes de réparation qui vont des formations réactionnelles jusqu'à la sublimation. C'est cette réponse qui est en échec chez le déprimé, son fonctionnement est alors marqué par la réémergence de l'angoisse abandonnique et la mise en jeu de mécanismes protecteurs plus archaïques comme le déni. L'angoisse dépressive est inconsciente et elle s'exprime par des symptômes corporels ; elle s'oppose à l'anxiété névrotique qui repose sur des représentations conscientes, organisées par le langage. Le déni est un mécanisme de rejet qui porte sur les représentations émotionnelles qui mettent en jeu le corps, il s'oppose au refoulement qui porte sur des représentations déjà organisées par le langage.

Les critiques les plus radicales mais aussi les plus constructives de l'approche kleinienne sont sans doute venues du psychanalyste français Jacques Lacan<sup>9</sup>. Il a voulu refonder les bases du système de pensée sous-jacent à la psychanalyse, qu'il s'agisse de celle de Freud ou de celle de Klein, pour l'inscrire dans

**10. Le complexe d'Œdipe** est une métaphore puisée dans la mythologie grecque grâce à laquelle Freud décrit le conflit organisateur qui voit le psychisme se structurer dans sa forme adulte en se séparant du fonctionnement infantile.

**11. Jean-David Nasio :** Consulter le lien

**12. On appelle cure type** la première formalisation par Freud du dispositif thérapeutique adapté aux névroses de l'adulte : association libre allongée sur un divan, l'analyste se tenant en retrait.

**13. L'analyse repose sur le même principe que l'hypnose**, l'induction d'un état de conscience hypnoïde, mais au lieu de privilégier la suggestion qui est un mouvement du thérapeute vers le patient, elle s'appuie sur le transfert qui est le mouvement inverse par lequel le patient entraîne le thérapeute à revivre avec lui ses conflits fondateurs.

**14. Le désir**, lorsqu'il affleure la conscience crée des moments de blocage inconscient, ce sont les résistances.

**15.** Dans le texte de Freud, il s'agit bien sûr du cuivre et non pas du plomb selon une regrettable erreur de traduction qui a longtemps contribué à dévaloriser la psychothérapie dans le milieu psychanalytique francophone.

**16.** Elle ne nous a pas laissé de formalisation précise, mais elle nous a rapporté de nombreux cas cliniques qui nous permettent de la voir à l'œuvre.

**17.** Dans le transfert, l'analyste occupe la place qui lui est proposée par la vie fantasmatique du patient, la position de la mère est la plus archaïque puisque c'est le premier interlocuteur de l'enfant.

une rigueur permise par les développements les plus récents de la pensée contemporaine. Les phénomènes dépressifs relèvent pour lui d'un fonctionnement dominé par l'imaginaire et les difficultés de l'identification. Ils marquent l'absence relative du fonctionnement symbolique, organisé par le langage et mis en place lors de l'Œdipe<sup>10</sup>. Parmi les

auteurs actuels qui se reconnaissent dans la lignée de Lacan, on peut citer Jean-David Nasio<sup>11</sup> qui nous propose [13] de repenser le lien entre deuil et dépression grâce à un concept unificateur, la douleur. La dépression, pour lui, c'est un symptôme opaque et énigmatique, mais dans lequel un sujet se dit : un travail analytique est donc possible.

## La technique de la cure analytique des sujets dépressifs

Tous les analystes qui choisissent de travailler avec des sujets déprimés sont en accord sur un point : il faut des aménagements car la cure type<sup>12</sup> ne convient pas. La nécessité est ancienne car, dès le départ, Freud conçoit l'analyse comme une méthode thérapeutique sans cesse confrontée à l'échec clinique et sans cesse poussée au défi de se renouveler. Jusqu'à son dernier souffle, il n'a pas arrêté d'innover. En parallèle avec son travail de formalisation de la cure type, dès 1918, il avait pressenti les impasses d'une méthode trop rigide et appelé de ses vœux à de nouveaux développements susceptibles d'associer à l'or pur de la psychanalyse un peu du cuivre qui représente la psychothérapie [14]. Il s'agit d'interventions qui sont de l'ordre du conseil ou de la suggestion et qui, à certaines conditions, peuvent être associées à l'interprétation du transfert<sup>13</sup> et des résistances<sup>14</sup>. Selon cette métaphore souvent reprise, des interventions de type psychothérapique sont, non seulement compatibles avec la psychanalyse, mais nécessaires. Elles la rendent possible comme le cuivre permet de travailler

l'or en bijouterie<sup>15</sup>. Il faut reconnaître que la rigueur du cadre de la cure-type ne produit pas nécessairement les effets qui en sont attendus. Ferenczi a très tôt montré que tel ou tel aspect du dispositif pouvait actualiser fâcheusement chez le patient les traumatismes de son histoire infantile [15]. Depuis, l'expérience des analystes s'est développée, le chemin n'est jamais le même et la cure se réinvente à chaque fois, pourtant il existe des étapes clés qui se répètent régulièrement et que l'on peut tenter de schématiser : le balisage que l'on doit à Mélanie Klein<sup>16</sup>.

Le premier temps de la cure se spécifie par la mise en place d'un transfert de type maternel<sup>17</sup>. Ce point de départ n'a rien à voir avec l'identité sexuée du thérapeute ou son comportement protecteur, il est lié au fonctionnement préœdipien qui caractérise ces sujets. L'analyste dans ce travail doit être solidement installé car, aussitôt qu'elle émerge, la représentation de la mère devient la cible de toutes les attaques que le patient se réservait. L'Œdipe qui ne s'est pas mis en place de façon

18. C'est un patient modèle qui s'attache à correspondre à l'idée qu'il se fait de l'attente de l'analyste.

19. Les deux mouvements peuvent coexister, simultanément ou en alternance.

20. Lacan retrouve dans la technique freudienne un mode d'intervention assez proche qu'il appelle **rectification des rapports du sujet au réel**. C'est une intervention active qui vise à un renversement de la position du patient afin de permettre l'installation du transfert et l'interprétation.

21. Le mentisme est un mouvement autoérotique de la pensée qui la détourne vers le rationalisme morbide. Il est toujours présent dans la dépression où il est combattu par des idées obsédantes, les idées noires, qui échouent le plus souvent à l'endiguer et se contentent de le rendre pénible.

22. Le masochisme et le sadisme constitue les deux mouvements de la sexualité infantile, ils ne doivent pas être confondus avec la perversion qui en est une dérive adulte.

23. La survenue d'un tel épisode est fréquente au cours du travail, elle ne disqualifie pas le travail effectué et ne met pas en danger le travail ultérieur quand elle est correctement prise en charge.

solide, échoue à contenir le mouvement régressif au stade de névrose et ce que le transfert réinstalle, c'est la position dépressive : il s'agit donc d'une dépression de transfert [16]. C'est une première étape, généralement assez longue, où le fonctionnement dépressif n'est pas conscient et où le sujet se défend en n'investissant qu'une faible partie de son désir<sup>18</sup> ou en fuyant dans des passages à l'acte dont il ne peut rien dire<sup>19</sup>. Pendant ce premier temps, le travail s'appuie essentiellement sur la technique de l'interprétation de l'angoisse de Klein<sup>20</sup> [17]. Le sujet déprimé est pris dans des raisonnements circulaires et des idées obsédantes à contenu négatif, les idées noires. Lui demander d'associer librement dans ces conditions le renverrait immédiatement à l'angoisse et au mentisme<sup>21</sup>. Le poids que le transfert donne à l'analyste lui sert alors à obtenir du sujet qu'il redresse les jugements erronés qu'il porte sur lui-même et renonce à la jouissance morbide qui en découle. Ce travail constitue un sevrage qui impose au sujet de sortir de l'excitation masochiste<sup>22</sup> où s'auto-entretient la dépression. Le transfert qui se forme ainsi est dominé par l'imaginaire, il touche davantage le personnage qu'incarne le thérapeute et son discours actuel que ce qui se met en scène sur le plan inconscient. Le risque est un certain malentendu car l'analyste se voit attribuer un rôle d'étayage du moi. Ce n'est pas sans intérêt car, mis à cette place-là, il prend une réelle autorité et sa bienveillance lui permet de rendre le surmoi tyrannique du patient beaucoup plus fonctionnel et apaisant ce qui fait baisser le niveau d'angoisse. Mais c'est aussi un piège car, s'il accepte d'être assimilé à un parent, l'analyste laisse son interlocuteur s'installer dans une position passive où le travail de deuil est inutile. Le risque est majeur si l'analyste reste accroché à son silence et

au modèle de la cure type, toute la difficulté est de devoir à la fois accepter une position qui permet le départ de la cure, mais sans s'y installer plus que le temps nécessaire à l'évolution du transfert. C'est pour limiter ces risques que les analystes les plus classiques récusent l'indication de la cure et préfèrent ne proposer que des thérapies d'inspiration analytiques qui correspondent à ce premier temps.

Il est pourtant dommage de limiter, dès le départ, l'ambition thérapeutique car, à un moment de maturation, les émotions rejetées par le déni reviennent à la conscience dans le transfert. La dépression de transfert, qui est un état latent, cède alors la place à une crise dépressive qui s'exprime brusquement. La situation du patient est proche de la dépression maladie, mais sous une forme atténuée car, si le vécu dépressif est là, il manque la dimension d'épuisement du corps. Le passage à la conscience est une conséquence de la chute du déni protecteur, il provoque un changement de position au sens kleinien du terme, c'est-à-dire le franchissement d'un seuil maturatif dans l'organisation psychique. C'est une période délicate à franchir car le risque est grand de basculer dans un authentique épisode dépressif qui viendrait arrêter le travail psychique et présenterait tous les risques des épisodes processuels<sup>23</sup>.

Une fois franchie la crise dépressive, la cure rejoint l'itinéraire commun. L'espace analytique devient le lieu fantasmatique où toutes les attaques inconscientes doivent pouvoir se matérialiser dans le discours. L'analyste représente alors à la fois le cadre qui sécurise, la loi qui interdit le passage à l'acte et les figures parentales qui reçoivent la demande d'un enfant qui est devenu adulte sans vrai-

24. Pour une présentation générale des interventions psychologiques pour la prise en charge de la dépression, voir l'article n°17: «**Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie**» (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression.

ment grandir : c'est la névrose de transfert. Le travail interprétatif avec un analysant déprimé garde cependant une dimension particulière. La dépression est une folie lucide qui confronte les sujets déprimés à la vision d'un monde vide, déshabité de désir ; guérir les amène à revoir ce même monde comme pouvant être bouleversé par le désir. Les déprimés sont parfois ralentis, mais ils n'ont pas les inhibitions qui paralysent les névrosés : une fois guéris, ils n'ont peur de rien. Le travail interprétatif avec les sujets désirants passés par l'épreuve de la dépression prend une dimension poétique et vitale, l'analyste assiste des créatifs à mettre au monde la vie.

Il y a, dans le parcours que je viens de tracer devant vous, quelque chose d'idéal dont il faut bien reconnaître qu'il ne va pas toujours jusqu'à son terme. Le parcours analytique suppose chez l'analyste beaucoup de doigté, mais l'analysant, lui, doit faire preuve de courage pour aller jusqu'au terme d'une thérapie qui dure de nombreuses années et l'expose régulièrement à l'angoisse. L'analysant déprimé renvoie sans cesse à l'analyste

le message de son impuissance et il réussit régulièrement à induire chez lui un découragement caractéristique. Le thérapeute doit pouvoir faire la sourde oreille sans présumer pour autant des capacités de son analysant et surtout sans anticiper son désir de franchir l'obstacle. Il y a un moment que l'analyste doit attendre, un moment d'éveil, mais le danger est que l'attente s'organise dans la passivité. La dépendance est un signe clinique majeur de la dépression, elle peut envahir le terrain de ce qui devient alors une analyse interminable. Le travail se trouve alors vidé de ce qui fait sa dimension propre pour devenir une simple psychothérapie de soutien.

Le résultat est un demi-succès, les patients ont repris vie et ont vaincu le plus gros de la douleur ce qui est inappréciable, mais la prise en charge s'installe dans la durée pour devenir un véritable mode de vie. La dépression est une maladie de la dépendance et les cicatrices qu'elle laisse sur son passage empêchent parfois le sujet d'accéder à l'autonomie de son désir : toutes les thérapies, quelles qu'elles soient, connaissent le même écueil<sup>24</sup>.

## Conclusion

La psychanalyse des patients déprimés est une jeune technique thérapeutique issue d'une méthode ancienne qui a fait ses preuves dans un autre champ. C'est une indication qui reste limitée du fait de l'engagement qu'elle implique, mais elle est

incontournable, à la fois pour les patients qui doivent pouvoir la choisir et pour les analystes dont elle renouvelle la pratique et qu'elle réinscrit dans une pratique partagée avec l'ensemble des acteurs qui travaillent dans ce champ. ■

## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **FREUD S.**  
« Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse »  
Psychose et perversion, Paris, Presses Universitaires de France, 1973 • 306p
- Ref. [2] **ABRAHAM K.**  
« Préliminaires à l'investigation psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins »  
Dans Œuvres complètes, 1912 • tome 1, p. 212-226 - Paris, Science de l'homme Payot, 1989 • 360p.
- Ref. [3] **FREUD S.**  
« Deuil et mélancolie »  
Dans Métapsychologie, 1915 • p.147-174 - Paris, Idées Gallimard, 1986 • 185p.
- Ref. [4] **FREUD S.**  
« Psychologie des foules et analyse du moi »  
Dans Essais de psychanalyse, 1921 • p.83-176 - Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981 • 280p.
- Ref. [5] **FREUD S.**  
« Le moi et le ça »  
Dans Essais de psychanalyse, 1923 • p.177-234 - Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981 • 280p.
- Ref. [6] « Ibidem »  
p.198.
- Ref. [7] « Ibidem »  
p.227
- Ref. [8] **KERNBERG O.**  
« Les troubles limites de la personnalité »  
Dunod, Paris, 1997 • 286 p.
- Ref. [9] **BERGERET J.**  
« Narcissismes et états-limites »  
Dunod, Paris, 2013 • 256 p.
- Ref. [10] **GREEN A.**  
« Narcissisme de vie, narcissisme de mort »  
Paris, Editions de Minuit, 1988 • 280p.
- Ref. [11] **FÉDIDA P.**  
« Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie »  
Paris, 2001 • Odile Jacob, 259 p.
- Ref. [12] **KLEIN M.**  
« Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » &  
« Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs »  
Dans Essais de psychanalyse, Paris, 1996 • 1934, p.311-340 • 1940, p.341-369 - Science de l'homme Payot • 455p.



- Ref. [13] **NASIO JD.**  
« Le livre de la Douleur et de l'Amour »  
Paris, 1996 • Désir Payot, 293p.
- Ref. [14] **FREUD S.**  
« Les voies nouvelles de la thérapeutique »  
Dans La technique psychanalytique, 1918 • p. 141 - Presses Universitaires de France, Paris, 1985 • 143p.
- Ref. [15] **FERENCZI S.**  
« La technique psychanalytique »  
Dans Psychanalyse II - Œuvres complètes 1913-1919, 1919 • pp. 327-337 - Science de l'homme Payot, Paris, 2009 • 357 p.
- Ref. [16] **GREEN A.**  
« La mère morte »  
Dans Narcissisme de vie • p.229 - Dans Narcissisme de mort • p. 222-253, op. cit.
- Ref. [17] **LACAN J.**  
« La direction de la cure »  
1958, pp. 596-597, dans Ecrits, pp. 585-645, Seuil, Paris, 1966. 925 p.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [depression & psychoanalytic approach](#)
- Avec les mots-clés : [depression & psychoanalysis](#)

## AUTRES LIENS UTILES

- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)
- [L'Association Française de Psychanalyse et de Psychothérapie Analytique : <http://www.psychanalyse.asso.fr/>](#)
- [Société de psychanalyse Freudienne : <http://www.spf.asso.fr/>](#)
- [Société française de psychanalyse appliquée : <http://www.societe-francaise-psychanalyse-appliquee.com/>](#)
- [Société Française de Psychanalyse : <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net>](#)

## Biographie



### Olivier BOUVET DE LA MAISONNEUVE,

Psychanalyste, membre des Séminaires Psychanalytiques de Paris, et psychiatre, praticien hospitalier dans le SHU du Professeur Krebs (Centre Hospitalier Sainte-Anne).

.....

### THÈMES DE RECHERCHE

**Dr. BOUVET DE LA MAISONNEUVE** travaille depuis plusieurs années avec des sujets dépressifs à la consultation universitaire. Cours sur la psychanalyse au DES de psychiatrie (module de psychothérapie) de Paris et au DIU de psychothérapie.

### COORDINATION SCIENTIFIQUE

**Galina IAKIMOVA**, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

### DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

**Aucun.**



FONDATION  
Pierre Deniker  
.....  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE