

CONFERENCE DU JEUDI 12 NOVEMBRE 2009 AU FIAP

« LES PSYCHOTHERAPIES ENVISAGEABLES DANS LES DIVERS TYPES DE TROUBLES BIPOLAIRES (THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES, PSYCHANALYTIQUES ET AUTRES) »

Dr Pierre de Lara

Tous nos remerciements vont d'abord à l'association ARGOS 2001 qui a eu l'amabilité de nous inviter.

INTRODUCTION

La Psychothérapie est connue depuis l'Antiquité. Les médecins et les philosophes de l'époque ont évoqué des thérapies de la psyché afin de traiter les « humeurs », la colère, la tristesse, la crainte, la manie, la mélancolie... toutes étant des effets pathologiques de la **passion**. Guérir, c'est retrouver l'état antérieur, l'équilibre initial, fait de sagesse, de modération, de maîtrise de soi et d'euthymie.

Le terme « Psychothérapie » est un terme général employé pour décrire un traitement fondé sur des échanges avec un thérapeute.

Elle est une thérapeutique psychique utilisant des moyens psychologiques pour traiter des souffrances ou des perturbations de la personnalité entraînant une inadaptation ou une invalidité psychocorporelle et sociale. Il s'agit donc d'un traitement de *l'esprit par l'esprit*.

La psychothérapie n'est pas une simple situation de communication mais une situation thérapeutique. Elle **implique un cadre et un processus**, c'est-à-dire, dans un temps et un espace donnés, la mise en place d'une technique précise, une éthique à respecter, un objectif, deux sujets ou plus engagés dans une relation déterminée. Elle vise à soulager le patient en lui permettant de discuter et/ou d'exprimer ses émotions, en l'aidant à changer ses attitudes, ses comportements et des habitudes qui pourraient lui être néfastes.

Possédant un certain Savoir, le psychothérapeute est aussi un sujet compétent et formé. La psychothérapie, se dégageant progressivement des spéculations Religieuses et Métaphysiques avec le développement de la Psychologie, connaît son essor avec la découverte, à la fin du XIXème siècle, de la Psychanalyse par Sigmund Freud, approche qui est restée longtemps la méthode psychothérapique de référence.

Pour être fructueuse, la psychothérapie doit favoriser un rapport de confiance entre le patient et le thérapeute, ce que l'on désigne sous le terme d' *»alliance thérapeutique«*.

Il existe de nombreux modèles de psychothérapies.

Schématiquement, on peut les classer en deux catégories générales :

- les psychothérapies structurées à court terme, telles les thérapies comportementales et cognitives
- les psychothérapies à long terme, telles les thérapies analytiques.

Les thérapies à court terme portent sur un aspect précis. Le thérapeute y joue un rôle actif et la thérapie se déroule sur 10 à 20 séances en moyenne. Dans les thérapies à long terme, le thérapeute est moins actif et le processus, dont la durée peut se développer sur une ou plusieurs années, moins structuré, vise à aider le patient à trouver en lui-même les réponses qu'il recherche et à trouver un nouvel équilibre psychique.

LA PSYCHOTHERAPIE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

Historiquement, l'approche psychothérapique apparaît assez tardivement dans le traitement des troubles bipolaires, en raison de la prédominance des modèles génétiques et biologiques, de la croyance relativement répandue d'une rémission totale du trouble au décours des épisodes et de la disponibilité de traitements thymorégulateurs efficaces, dont le chef de file est le Lithium, suivi chronologiquement d'autres traitements, essentiellement des anticonvulsivants, la Carbamazépine ou Tégrétol, le Valpromide ou Dépamide, le Divalproate de sodium ou Dépakote, la Lamotrigine ou Lamictal, associés parfois à des antidépresseurs IRS ou à des neuroleptiques souvent atypiques, tels l'olanzapine ou Zyprexa.

Elle est alors considérée comme un moyen d'aider le patient à adhérer à la thérapeutique et à favoriser son insertion socio-familiale.

Au vu des données actuelles, l'approche psychiatrique, de nature essentiellement biologique et médicamenteuse et accompagnée de quelques interventions sociales, apparaît insuffisante. Elle est néanmoins indispensable, surtout dans les phases aiguës de l'affection.

Aujourd'hui, la plupart des auteurs et des praticiens s'accordent pour considérer nécessaire, voire indispensable, l'association thérapie médicamenteuse- psychothérapie.

L'intervention psychothérapeutique, dont il n'existe pas de modèle définitif, peut même occuper une place de choix, variable selon le stade (aigu, rémission totale ou partielle), le mode d'expression de la maladie (phase dépressive ou mélancolique, état hypomaniaque ou maniaque, troubles cyclothymiques ou dysthymiques...), la dynamique même des troubles, la limite des approches pharmacothérapiques, l'approche privilégiée et la formation des psychothérapeutes, la demande du patient ou de ses proches...

LA DYNAMIQUE DES TROUBLES ET SES CONSEQUENCES PSYCHOSOCIALES

Se savoir atteint d'un trouble bipolaire peut avoir des effets traumatiques pour la personne, à cause des manifestations cliniques, des mesures de contraintes au décours d'une hospitalisation, des conséquences socio-professionnelles, des répercussions éventuelles sur l'entourage et l'environnement proche. La personne peut alors être tentée d'éviter de penser aux événements en lien avec le trouble et aux soins.

La répétition des épisodes maniaques ou dépressifs altère l'image de soi, les croyances personnelles en lien avec la santé, la sécurité, les perspectives d'avenir, la qualité des relations interpersonnelles, avec le retentissement psychosocial associé.

Le patient va faire des tentatives plus ou moins conscientes d'adaptation et mettre en place des stratégies de coping (processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation 2

problématique). L'efficacité de ces stratégies modulera, au fil des expériences, les représentations individuelles et la manière de faire face aux troubles.

L'entourage peut se montrer hypervigilant vis-à-vis des émotions et des comportements du patient, ce qui peut conduire à des incompréhensions, voire des attitudes de rejet. La famille ou l'entourage risquent alors de s'enfermer avec la personne dans une dynamique défavorable, à haut niveau d'émotions exprimées, ce qui peut favoriser les rechutes, dynamique qui va donc à l'encontre de la mise en place d'un bon support social ou familial qui serait un élément plutôt protecteur contre les rechutes.

LES LIMITES DE LA THERAPIE MEDICAMENTEUSE

Le traitement thymorégulateur a un impact mitigé pour une partie des personnes traitées et la prophylaxie médicamenteuse ne semble protéger des rechutes que la moitié, au plus, des patients. En effet, la prescription isolée d'un thymorégulateur n'empêche pas, par exemple, les ruptures à l'occasion de blessures narcissiques.

Par ailleurs, la compliance médicamenteuse est limitée puisque la moitié des patients, notamment les jeunes et ceux chez qui les troubles ont un début récent, arrêtent le traitement prophylactique, souvent dans les six mois qui suivent son introduction, ce qui est facteur de rechutes, de suicides, de comorbidité (troubles anxieux...) et d'abus de substances (alcool, drogues).

LA FORMATION DES PSYCHOTHERAPEUTES ET L'APPROCHE PSYCHOTHERAPIQUE SPECIFIQUE

Il n'existe, actuellement, en France, ni diplôme ni statut de psychothérapeute et aucune loi n'encadre encore cette profession.

La formation des psychothérapeutes n'est pas délivrée par l'Université mais par des instituts ou des associations privés. Elle est un choix personnel du futur thérapeute. Les études de médecine, et tout particulièrement de psychiatrie, ou celles de psychologie clinique, apportent un savoir, une expérience clinique, un rapport à l'humain qui sont un préalable essentiel pour entamer une démarche psychothérapique ou psychanalytique personnelle. Mais, d'autres personnes, des travailleurs sociaux, des professionnels du secteur médico-social, des philosophes, des artistes, sensibilisés par une démarche personnelle ou attirés par le besoin d'aider l'autre, sont aussi tentés par cette profession.

Par ailleurs, il existe des centaines de psychothérapies différentes, que l'on peut regrouper en une dizaine de grands courants...

C'est pourquoi, il est apparu, depuis quelques années, aux autorités, indispensable de **créer un statut de psychothérapeute**, afin d'éviter le charlatanisme ou les dérives sectaires. Les discussions au parlement sont en cours, avec consultation des syndicats et des principales fédérations de psychothérapeutes qui regroupent la majorité des milliers de psychothérapeutes en exercice. Les textes définitifs sortiront probablement bientôt.

Cependant, tout thérapeute choisit sa spécificité psychothérapique en fonction de son parcours personnel, universitaire et professionnel, de sa propre histoire, de sa formation initiale, de ses résistances, de ses convictions, de ses lectures... C'est dire que la formation n'est pas neutre et que les patients et leurs familles peuvent être déroutés devant ce monde psychothérapique qui peut apparaître mystérieux et complexe.

C'est pourquoi, quelques psychothérapeutes et psychanalystes ont décidé, il y a plus de vingt ans, de créer une association, **Thérapies-Conseil**, pour aider le public à mieux se repérer dans le dédale foisonnant des psychothérapies. Cette association, à laquelle nous appartenons, assure une permanence téléphonique quotidienne (01 42 52 22 99) et un forum sur internet (www.psychotherapies.org).

Le patient atteint de troubles bipolaires, sa famille ou ses proches, doivent donc faire appel tout d'abord à un **psychiatre référent** car, le plus souvent, un traitement médicamenteux devra être institué, dans le cadre d'une hospitalisation ou en ambulatoire. Ce psychiatre pourra assurer l'accompagnement psychothérapique, à un moment ou à un autre de l'évolution du processus. **Mais souvent, une démarche psychothérapique ou psychanalytique spécifique pourra être proposée auprès d'un autre thérapeute ou sera le fait de la demande même du patient.**

Ainsi ces deux démarches complémentaires peuvent coexister. Or, on sait, depuis des travaux récents, notamment en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, que **l'association psychothérapie – prescription médicamenteuse donne des résultats significatifs meilleurs que le seul traitement psychotrope**. Donc, contrairement à ce que continuent à croire certains psychiatres et certaine équipes, les médicaments, associés à un vague soutien psychologique ou social, ne suffisent pas à traiter une maladie aussi sérieuse, ce qui ne veut pas dire évidemment minimiser le rôle capital des thymorégulateurs, non seulement dans les phases aiguës de la maladie qu'à titre prophylactique dans les périodes de rémission ou d'intermittence.

LA DEMANDE DU PATIENT ET DE SES PROCHES

Dans la phase aiguë de la maladie, qu'elle soit mélancolique ou maniaque, le patient n'est pas en mesure de formuler une vraie demande psychothérapique. La démarche psychothérapique a alors peu de prise face à un système de pensée rigide à l'origine duquel on perçoit une souffrance psychique envahissante.

A ce stade, c'est donc souvent la famille ou les proches qui s'inquiètent et incitent le patient à consulter ou à être hospitalisé. En effet, la souffrance morale, la perte de l'estime de soi, le sentiment d'indignité ou d'incurabilité, symptomatiques de la maladie dépressive, ou, à l'opposé, l'euphorie, l'état d'excitation, la fausse impression de bien-être, les idées de grandeur du maniaque imposent une intervention médicale urgente pour soulager le patient et éviter le pire d'une tentative de suicide ou les désagréments d'un passage à l'acte ou d'un comportement atypique.

Pendant l'hospitalisation, et au fur et à mesure de l'évolution de l'état du patient, des entretiens individuels à visée psychothérapique peuvent avoir lieu avec un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute, un psychanalyste, du personnel infirmier ou autre

(art-thérapeute...). Des programmes éducatifs et thérapeutiques de groupe peuvent être organisés dans le service. La famille peut être écoutée par les médecins, les psychologues et les infirmiers, amorce d'un futur travail familial.

Certaines structures thérapeutiques, dans la foulée du mouvement connu sous l'appellation de « psychothérapie institutionnelle » organisent même leur fonctionnement et formalisent leur réflexion de façon à pouvoir donner à l'ensemble de leurs actions et de leurs relations une connotation psychothérapeutique.

Lorsque l'état du patient s'améliore, que ses symptômes se sont atténués et que son suivi médico-psychologique et social est suffisamment mis en place pour lui permettre d'assurer sa santé et sa sécurité, la sortie est envisagée, indispensable pour rétablir les liens avec la famille, le réseau social et professionnel et restaurer une certaine autonomie.

Lorsque la rémission de l'accès a lieu, le patient reste fragile. Certains patients, surtout s'ils ont été bien préparés auparavant par cette sensibilisation psychothérapique, peuvent effectuer une demande plus structurée qui dépendra du travail d'élaboration déjà accompli, de l'encouragement et de l'approche particulière de l'équipe psychiatrique, du soutien familial, de sa culture personnelle, du type d'approche psychothérapique spécifique vers lequel on l'aura orienté (analytique, thérapie comportementale et cognitive, thérapie interpersonnelle, thérapie de groupe, thérapie conjugale ou familiale...).

Cependant, certains patients peuvent s'estimer guéris après un accès aigu ou se contenter d'un traitement médicamenteux suffisamment efficace. Cette attitude doit être respectée car **une démarche psychothérapique reste, quelle que soit la gravité de la pathologie en cause, purement personnelle** et ne sera utile et efficace qu'à cette condition. C'est au psychiatre référent ou au médecin traitant, à la famille ou aux proches de faire évoluer, si possible, sans exercer de pression ou d'autorité, la position de la personne. Celle-ci, d'ailleurs, pourra être amenée à la réviser si, à nouveau, des signes ou les prémisses d'un nouveau cycle de la maladie se manifestent.

OBJECTIFS GENERAUX DE LA PSYCHOTHERAPIE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

L'objectif du soutien psychothérapique du psychiatre et des **programmes de psychoéducation** est de favoriser au mieux une bonne observance du traitement et de mieux vivre avec sa maladie.

La psychothérapie, elle, peut permettre au patient de restaurer les liens affectifs et une meilleure image de lui-même, de mieux repérer des réactions affectives trop intenses et les comportements qui en découlent, de mieux gérer ses conflits interpersonnels, en particulier les relations conjugales et familiales et les problématiques professionnelles dans lesquelles les malentendus sont fréquents.

Sur un plan plus profond, la psychothérapie, notamment analytique, permet la prise en compte de conflits psychiques inconscients, ce qui peut aider à orienter des choix de vie importants et à repérer certains événements traumatiques ou stressants. Elle permet au patient d'inscrire la survenue des accès dans le cadre de son histoire personnelle et, ainsi, de

donner du sens à sa maladie, même si celle-ci est déterminée par des caractéristiques biologiques importantes.

En un mot, la psychothérapie vise à aider le patient à réorganiser son fonctionnement psychique afin d'accéder à un nouvel équilibre plus satisfaisant.

Néanmoins, elle ne constitue pas, à elle seule, une prise en charge suffisante et **aucune étude n'a montré d'effet préventif de la psychothérapie seule sur les récurrences bipolaires**. La psychothérapie isolée risque d'avoir peu de prise sur la rigidité du système de pensée mélancolique ou sur un fond permanent d'hypomanie. Par contre, associée au traitement thymorégulateur, elle aura un effet prophylactique indéniable.

Nous abordons maintenant les principales psychothérapies envisageables dans les troubles bipolaires.

Tout d'abord, nous essayerons d'articuler conceptions psychologiques et méthodes psychothérapiques en mettant l'accent sur deux des principales théories ayant permis de les élaborer, la psychanalyse et le cognitivo-comportementalisme.

LES PSYCHOTHERAPIES PSYCHANALYTIQUES OU PSYCHODYNAMIQUES

A notre époque, la psychanalyse est contestée. On l'accuse d'être inefficace et donc dépassée, voire même nocive. En fait, elle garde une certaine pertinence, à la condition que les différentes approches (psychanalyse, psychothérapies d'inspiration analytique...) soient adaptées à chaque cas particulier et que ses indications soient bien pesées, en dehors des accès aigus, par des thérapeutes et des analystes compétents, bien au fait de la maladie bipolaire et de l'évolution de son processus si particulier.

Avant de parler des aspects pratiques, cliniques et techniques de la thérapie analytique, nous aborderons quelques aspects théoriques car, dès la naissance de la psychanalyse, à la fin du XIXème siècle, les premiers psychanalystes, notamment Sigmund Freud, Karl Abraham et Mélanie Klein, se sont intéressés à la psychopathologie de la psychose maniaco-dépressive et surtout aux états dépressifs et mélancoliques.

PREAMBULE THEORIQUE ET METAPSYCHOLOGIQUE

Pour la psychanalyse, la maladie psychique résulte de conflits psychiques inconscients prenant leur origine dans le développement libidinal de la petite enfance provoquant un blocage du processus évolutif.

Un précurseur : Karl Abraham

Karl Abraham rappelle l'importance des stades prégénitaux dans la formation des psychopathologies et, plus généralement, dans la formation du caractère.

Au tout début de la vie, la libido s'organise sous la prédominance des pulsions orales. Le stade oral, dit cannibalique, se caractérise par l'introjection de l'objet, avec le sein comme objet originaire.

Plus tard, le stade anal suit, se déclinant sous deux versants, passif, correspondant au plaisir des muqueuses et actif, correspondant à la maîtrise musculaire et à la rétention. Le stade génital, avec la fonction organisatrice et structurante du *complexe d'Oedipe*, synthétise les différentes pulsions sous la primauté des pulsions génitales, les pulsions prégénitales, orales et anales, étant alors maintenues au rang de pulsions partielles.

En 1911, Karl Abraham isole la dépression et la distingue de la névrose d'angoisse. Il présente au III^{ème} Congrès de psychanalyse, en septembre 1911, son article « *Preliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins* ».

Sa position, entre 1912 et 1916, évolue, influencée par les apports de Freud. En 1912, il analyse le rapport de la « folie maniaco-dépressive » avec la névrose obsessionnelle, l'importance du sentiment de culpabilité et du sadisme refoulé. Il établit déjà une analogie entre la mélancolie et l'état de deuil.

Progressivement, il passe d'une position où le conflit principal relève du tout premier stade prégénital, le stade oral cannibalique, où les vœux inconscients des dépressifs et mélancoliques seraient déterminés par la tendance à l'introjection de l'objet les faisant souffrir de vouloir dévorer les objets de leur amour (ce qui signifie agression et meurtre de l'objet) à une position où l'érotique anale est prédominante.

Deux plaisirs opposés s'y expriment et l'objet aimé peut être retenu, contrôlé ou être expulsé, rejeté, éjecté. Si les pulsions agressives, sous la forme de maîtrise de l'objet, s'expriment, des symptômes obsessionnels peuvent se manifester. Si d'autres pulsions sadiques anales l'emportent, l'objet est éliminé et détruit et « l'individu peut se trouver pris dans un état dépressif mélancolique », la personne régressant à un stade anal sadique précoce où l'objet aimé est éliminé.

L'ambivalence haine-amour est ainsi au centre du conflit psychique dans la « psychose » dépressive et cyclothymique, conflit entre libido et pulsions agressives, conflit d'ambivalence. Les mécanismes de défense se situent au sein de ce conflit d'ambivalence.

Sigmund Freud : « Deuil et mélancolie »

Dès ses premiers textes, Freud repère une dépression, des affects dépressifs, tant caractérisés par le chagrin que l'abaissement de la conscience de soi, la perte de la capacité d'amour.

Dans son article *Deuil et mélancolie*, extrait de son livre *Métapsychologie*, paru en 1915, il se réfère à l'affect normal du deuil, processus de travail psychique douloureux faisant suite à la perte d'une personne ou d'une chose (liberté, idéal), pour comprendre l'essence de la mélancolie.

« *Le deuil sévère, la réaction à la perte d'une personne aimée, comporte le même état d'âme douloureux, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit, l'abandon de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt* ».

La perte de cet objet extérieur entraîne la déchéance de l'unité de la personne, déchéance face à la qualité de l'image moi-même, et déchéance face aux fonctions du moi.

Le travail de deuil est un phénomène intrapsychique naturel et une épreuve de réalité bien spécifique consécutifs à la perte d'un objet d'attachement, grâce auquel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci. C'est dans la rébellion du sujet contre la perte que s'accomplit le travail de deuil. Peu à peu, la libido se détache puis se libère totalement de l'objet d'amour perdu. Le processus est celui du désinvestissement d'un objet pulsionnel extérieur qui soutenait le moi et auquel il s'était identifié. Il se caractérise par l'atténuation progressive de la douleur provoquée par la perte d'un être cher ou d'un idéal, surmontée après un laps de temps plus ou moins long, quelques mois en général, rythmé par la succession d'une multitude de dates anniversaires et le souvenir des actes simples de la vie quotidienne.

Parfois, le **deuil** prend une forme **pathologique**. Le conflit ambivalentiel perdure et passe au premier plan, le moi s'avérant incapable de faire un choix : partager le destin de l'objet perdu ou rompre le lien avec lui.

La mélancolie, comme le deuil, se traduit par une humeur dépressive, douloureuse, par la perte de l'intérêt pour le monde extérieur, de la capacité d'aimer, de l'inhibition de toute activité... Mais, **contrairement au deuil, il y a abaissement du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches, des idées de préjudice et d'indignité, une culpabilité violente, voire une attente délirante de la punition.**

Les plaintes incessantes seraient des plaintes accusatrices et, derrière ces plaintes, on peut reconnaître les effets d'un **narcissisme** à la fois manifeste et abîmé. **La mélancolie se caractérise par la régression de l'investissement de l'objet vers la phase orale de la libido qui appartient encore au narcissisme. Il s'agit d'une identification narcissique et Freud la range dans les psychonévroses narcissiques.**

Ainsi Freud présuppose trois conditions à l'origine de la mélancolie : la perte de l'objet, l'ambivalence envers l'objet et la régression de la libido dans le moi.

Donc, dans la mélancolie, un niveau supplémentaire est franchi.

*« La libido libre n'est pas déplacée sur un autre objet mais retirée dans le moi. Elle sert à instaurer une identification avec l'objet abandonné. **L'ombre de l'objet tombe ainsi sur le moi** qui peut alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme objet abandonné. De cette façon, la perte de l'objet s'est transformée en perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification ».*

La mélancolie occupe une place-clef dans l'édifice théorique freudien.

En effet, elle est l'une des structures pathologiques qui a incité Freud à postuler l'existence d'une instance intrapsychique, le **Surmoi**, et à introduire sa **seconde topique Ca-Moi-Surmoi**, fondée sur le primat de la pulsion et la dualité pulsionnelle, qui constitue un tournant dans la métapsychologie freudienne. Dans « le Moi et le Ca » (1923), il conclut par une théorie généralisée du sentiment de culpabilité inconscient décrit comme une butée de la cure analytique et comme le responsable de son fréquent inachèvement. Ce sentiment de culpabilité inconscient est à l'origine de la « réaction thérapeutique négative ».

La pensée de Mélanie Klein et la position dépressive

Pour Mélanie Klein, l'enfant quitte la « folie » du nourrisson lorsqu'il appréhende enfin sa mère comme un objet total, comprenant que le bon et le mauvais objet cohabitent. Dès lors, le Moi peut se former et naît d'une dépression : la douleur provenant du danger de haïr un objet qui est, désormais, tout autant le bon objet, la mère. **Cette angoisse d'endommager le bon objet réuni au mauvais, c'est l'angoisse dépressive** qui renvoie à la formation même du moi, naissant dans la douleur de l'ambivalence face à l'objet total.

Pour Donald Winnicott, la dépression est un retour à ce moment de formation du Moi. Il s'agit donc d'une reviviscence de la seule manière de *penser à son moi*.

On ne peut terminer ce chapitre sans aborder succinctement la théorie analytique concernant

La Manie et la Défense Maniaque

Pour Freud, le maniaque a succombé à la perte de l'objet. Il écrit que « la manie n'a pas d'autre contenu que la mélancolie, les deux affections luttant contre le même complexe auquel il est vraisemblable que le moi a succombé dans la mélancolie alors que dans la manie il l'a maîtrisé et écarté ». La manie résulterait-elle d'un sentiment de révolte contre la souffrance psychique ? Contre quel niveau de souffrance psychique la défense est-elle engagée ?

Les travaux de **Karl Abraham** mettent l'accent sur « l'orgie cannibalique du maniaque » expulsant aussitôt son objet d'amour et nous introduisent à la pensée de **Mélanie Klein** qui emploie le terme de « *position maniaque* » dans ses deux premiers écrits sur la dépression.

Elle souligne l'échec de l'introjection en raison d'un excès des tendances cannibaliques du sujet. « Le fait d'aimer un objet et de le dévorer sont inséparables. Le petit enfant qui croit, lorsque sa mère disparaît, l'avoir mangée et détruite, est torturé d'angoisse à son sujet à elle, ainsi qu'au sujet de la bonne mère qu'il n'a plus pour l'avoir absorbée ». Mélanie Klein donne donc une grande importance au sentiment de toute-puissance et au mécanisme de la négation. Le sujet tout-puissant se croit capable à la fois de tuer et de réanimer ses objets. Il nie les angoisses provoquées par son avidité cannibalique et lutte contre la position dépressive, sa douleur et ses angoisses liées à la culpabilité.

L'issue heureuse (ou l'échec du combat lié à la position dépressive) ne dépend pas seulement des qualités du rapport à la mère réelle, mais aussi à l'aptitude du sujet à trouver une issue au conflit entre l'amour et « la haine irrépressible et le sadisme ».

LES TRAITEMENTS PSYCHANALYTIQUES

La psychanalyse comporte des exigences pour le sujet qui s'y engage, celles, en particulier, d'en accepter les règles et le cadre, avec les frustrations qui peuvent en résulter, et de s'y soumettre durablement, afin que le processus analytique puisse suivre son cours.

C'est pourquoi, certaines pathologies sont incompatibles avec elle, tout au moins à certaines phases d'évolution de la maladie. Ainsi en est-il au cours de l'accès mélancolique ou maniaque. **A la phase aigüe, une démarche psychothérapique ou psychanalytique a**

peu de prise face à un système extrêmement rigide de pensée à l'origine duquel on perçoit une souffrance psychique totalement envahissante. Ce système inaccessible peut heureusement se transformer en quelques jours, voire quelques semaines, grâce à une chimiothérapie thymorégulatrice efficace.

Pendant cette phase, un accompagnement psychothérapique, comme nous l'avons vu plus haut, peut s'avérer nécessaire pour aider le patient à prendre conscience de ce qui a pu se jouer dans le déclenchement de l'accès aigu et de l'état de maladie dans lequel il se trouve.

Une fois l'amélioration symptomatique obtenue, se discute donc l'indication d'une cure ou d'une psychothérapie analytique. L'abord des conflits d'identification, par exemple, paraît souhaitable, d'autant qu'ils sont à l'origine de la vulnérabilité dépressive qui peut prédisposer aux rechutes.

Ainsi, la psychanalyse classique ou les diverses psychothérapies analytiques sont réservées aux formes moyennes et modérées de la maladie, aux formes cyclothymiques ou dysthymiques, aux périodes intermédiaires, c'est-à-dire celles entre les accès aigus, afin, notamment, de prévenir les rechutes, enfin, aux formes subaigües insuffisamment réactives au traitement psychotrope.

LE CADRE, LA SITUATION ET LE PROCESSUS PSYCHANALYTIQUES

L'élargissement actuel des indications des thérapies psychanalytiques est tel qu'on ne plus opposer simplement la cure-type aux aménagements techniques qui définissent les multiples psychothérapies d'inspiration analytique.

L'aspect formel du dispositif (divan-fauteuil ou face à face) est important mais n'est qu'un moyen extrinsèque destiné à faciliter le processus analytique.

LE CADRE ANALYTIQUE

Le cadre (« setting » en anglais) est la partie fixe et permanente du dispositif analytique, par opposition au processus, qui en est la partie mobile, évolutive, sur quoi porte le travail de l'analyse. Il doit rester fiable et être une barrière protectrice entre un dedans et un dehors de l'analyse. Sa valeur dépend de la façon dont le patient l'intègre dans sa vie psychique et dont il s'en sert ou ne s'en sert pas dans son travail analytique.

Le cadre est défini au cours des **entretiens préliminaires**, avant le commencement de la cure. Les clauses les plus importantes concernent le rythme, la durée et le paiement des séances. Une fois énoncées, elles ont valeur de contrat moral implicite entre l'analyste et son patient.

Les séances ont lieu, en principe, à des jours et à des heures fixes de la semaine. Cette règle peut se discuter en fonction des contraintes du patient et de la disponibilité de l'analyste, à la condition que le rythme des séances soit suffisamment rapproché pour que le travail analytique puisse se poursuivre sans que le matériel ne se disperse d'une séance à l'autre. En France, le rythme hebdomadaire est de deux à trois séances pour une cure analytique et de une à deux séances pour une psychothérapie.

La durée des séances a fait l'objet de débats depuis l'introduction par Lacan, dans les années 50, des séances à durée variable, le plus souvent courtes. Ce procédé, dit de la scansion ou encore de la ponctuation, est rejeté par la majorité des analystes freudiens orthodoxes.

Cette durée varie, en moyenne, en France, entre 30 minutes et une heure. La clinique montre que chaque patient a, en effet, besoin d'un minimum de temps pour habiter l'espace de sa séance, y développer ses associations d'idées et ses capacités de remémoration. Il est important que le patient sache que ce temps nécessaire ne lui sera pas ôté. C'est autant une question d'éthique que de rigueur analytique.

Quant à **la durée de l'analyse** ou de la psychothérapie, elle ne peut être prévue à l'avance. Elle est, en général, de plusieurs mois à plusieurs années. Freud écrivait déjà : « la psychanalyse exige toujours beaucoup de temps, plus que ne le souhaiterait le malade. Il faut compter avec la lenteur des modifications psychiques profondes et, en premier lieu sans doute, l' »intemporalité « de nos processus inconscients ». Ce qui pose l'épineuse question de la fin de l'analyse.

Le paiement des séances

L'argent, outre sa valeur d'échange social et économique, est porteur de multiples significations symboliques conscientes et inconscientes.

Le montant des honoraires, au-delà de la rémunération de l'analyste au juste prix du service rendu, doit, dans la mesure du possible, tenir compte des possibilités financières du patient.

Le paiement direct à l'analyste est la règle dans la cure-type. Par contre, les psychothérapies pratiquées en institution (Centres Médico-Psychologiques ou CMP, Hôpitaux de jour, CATTP...) et celles pratiquées par les psychiatres psychothérapeutes ou psychanalystes libéraux sont prises en charge par l'assurance maladie et les mutuelles, totalement (c'est le cas des patients couverts par la CMU) ou partiellement.

Cette intervention d'un tiers institutionnel ou d'un tiers-payant n'est pas sans poser des problèmes particuliers quant à l'aménagement et au maintien du cadre analytique.

LA SITUATION ANALYTIQUE

La « règle fondamentale », celle de « l'association libre », édictée par Freud, consiste à faire passer par la parole toutes les pensées, quelles qu'elles soient, qui viennent spontanément à l'esprit de l'analysant. Le divan favorise cette liberté de parole. Il rend possible, par exemple, l'analyse des rêves. Le face à face donne la primauté au visuel et ne permet pas cet enjeu.

L'application de cette règle n'est pas sans soulever des réticences ou des **résistances** inconscientes qui viennent censurer le discours manifeste du sujet.

« **L'attention flottante** » de l'analyste est le pendant de la règle de la libre association, le but étant d'arriver à établir entre l'analysant et l'analyste une communication « d'inconscient à inconscient ». Ce qui implique que l'analyste ait lui-même effectué une analyse

approfondie. L'autoanalyse de son contre-transfert lui permet ainsi de mieux cerner ses zones de méconnaissance et ses « points aveugles », sans d'ailleurs pouvoir les réduire complètement.

La règle d'abstinence et la neutralité de l'analyste sont des principes essentiels.

L'analyste doit s'abstenir de répondre directement aux demandes qui lui sont adressées et de fournir au patient des satisfactions substitutives à ses exigences pulsionnelles et à ses symptômes. Il doit donc éviter de se mettre à la place que le patient tente de lui assigner.

Cette règle doit-elle s'appliquer au cadre de la cure ou également au dehors, dans la réalité extérieure ? Ce qui peut, dans la pratique, se révéler contradictoire avec celle de la neutralité qui régit l'attitude de l'analyste.

Une neutralité parfaite peut représenter un idéal qu'il n'est guère possible ni souhaitable de maintenir dans certains cas. L'analyste, dans certains moments critiques de l'analyse, peut être amené à assouplir son attitude face à des événements imprévus, des patients difficiles ou traversant des phases particulièrement douloureuses.

Le silence de l'analyste est un élément structurant de la situation analytique.

Il peut paraître paradoxal de considérer le silence comme l'un des principes qui régissent la conduite de l'analyste. Pourtant, le silence en tant qu'exigence technique, est une condition nécessaire pour que l'analysant puisse développer librement ses associations de pensées et que l'analyste puisse maintenir dans son écoute une attention également suspendue. Ainsi, ses interventions portent davantage sur le contenu latent du discours du patient que sur son contenu manifeste.

LE PROCESSUS ANALYTIQUE

Le processus intègre la situation et le cadre qui, peu à peu, seront utilisés par l'inconscient dans l'organisation du **transfert**. Le transfert actualise chez le patient, dans la situation analytique et à travers la personne de l'analyste, des désirs inconscients et des représentations refoulées appartenant au passé infantile, notamment au complexe oedipien. Il représente l'élément moteur de la cure. Les phénomènes de *répétition* du passé s'opposent d'abord à la remémoration des souvenirs. Le travail de l'analyse, dans le cadre de la *névrose de transfert*, va s'efforcer, une fois les résistances surmontées, de faciliter la remémoration des souvenirs.

A la position sceptique de Freud sur la possibilité de décrire le processus analytique dans toute sa complexité et, plus encore, de le maîtriser par la technique, s'oppose, chez certains analystes contemporains, la recherche de modèles théoriques fiables permettant de le saisir et de définir les instruments techniques de son maniement.

Des questions se posent :

- quelle est la spécificité du processus psychanalytique par rapport aux méthodes psychothérapiques qui s'en inspirent ?
- le processus se situe-t-il essentiellement dans le psychisme de l'analysant, l'analyste se limitant à celui d'un « observateur actif » ou résulte-t-il d'une

interaction entre l'analyste et l'analysant, à l'intérieur de la relation tranféro-contre-transférentielle qui les lie entre eux ?

En définitive, le processus analytique serait l'expression d'une relation intersubjective, une rencontre d'inconscient à inconscient entre deux personnes plongées dans une situation étrange, sans commune mesure avec les règles de la vie sociale normale.

On peut dire qu'il y a **autant de processus que de personnalités et de types de pathologies**, ce qui implique une diversification des procédures techniques et un choix personnalisé de l'approche analytique.

Ceci est aussi valable pour les indications des thérapies analytiques dans les troubles bipolaires. Sans parler de l'influence sur le processus de la personnalité de l'analyste, de son style, de sa propre analyse personnelle, de ses orientations théorico-cliniques, bref, de son *contre-transfert*.

OPPORTUNITE D'UNE PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE OU D'UNE PSYCHANALYSE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

Elle ne peut se discuter qu'en phase de rémission, le traitement médicamenteux étant institué aux doses nécessaires à une action prophylactique.

La psychothérapie analytique au long cours a, pour D.Widlocher, comme objectif « d'apporter une modification sensible du fonctionnement psychique, d'agir autant sur la vulnérabilité dépressive que sur l'ensemble de la personnalité, de traiter les troubles névrotiques et narcissiques permanents, d'aborder les pathologies ou les traits éventuels du caractère, la dépendance affective, la surestimation narcissique de l'idéal de soi, le jeu sado-masochiste... ».

C'est cette modification des structures mentales qui aura, à moyen et à long terme, une action préventive sur les tendances dépressiogènes, influençant l'amélioration des conditions de vie, l'atténuation des symptômes et la prévention des rechutes.

LES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU TCC

Jusque dans les années 1960, l'approche freudienne a constitué le principal paradigme de la psychothérapie. Depuis les années 1970, l'approche cognitivo-comportementale tend à prendre cette place, surtout dans les pays anglo-saxons, nordiques et germaniques.

Chez les comportementalistes, la théorie occupe une place moins importante que chez les psychanalystes, tendance qui s'atténue à la condition de rester liée aux contrôles empiriques.

Les thérapies comportementales, s'inspirant de la psychologie expérimentale, montrent que les comportements humains s'apprennent selon certaines lois psychologiques de l'apprentissage et peuvent se « désapprendre » et disparaître et sur une approche pragmatique et empirique de la psychothérapie.

APPROCHE HISTORIQUE ET THEORIQUE

En 1913, avec les travaux du psychologue américain **J. Watson**, s'inspirant des principes du conditionnement classique de **Pavlov**, naît la première forme de psychologie scientifique, science du comportement et de ses déterminants, le « **behaviorisme** » ou « **comportementalisme** », en opposition au « **mentalisme** », et à sa méthode, l'introspection, en vogue à l'époque. Certains troubles psychiques, des troubles phobiques par exemple, ne seraient pas l'expression de conflits intrapsychiques inconscients mais pourraient résulter de conditionnements malencontreux. Les premiers essais de déconditionnement de phobies ont alors lieu auprès d'enfants.

Des années 50 aux années 70, la théorie comportementale se développe et trouve des applications cliniques.

La théorie de l'apprentissage par « conditionnement instrumental »

Les découvertes de **B. Skinner**, aux Etats-Unis, sur le **conditionnement opérant**, ouvrent de nouvelles voies théoriques et pratiques. **L'analyse fonctionnelle du comportement et sa modification volontaire**, en changeant directement les contingences de renforcement des comportements inadaptés, c'est-à-dire leur contexte d'émission (« contrôle du stimulus ») et leurs conséquences renforçantes ou punitives (« contrôle des conséquences ») **permettent de traiter des patients, enfants et adultes, de troubles sévères chroniques.**

Ainsi, au départ, les bases théoriques apparaissent relativement simples, s'appuyant sur le déconditionnement classique et l'apprentissage opérant.

Considérant que les comportements humains sont appris et maintenus par des processus de conditionnement et d'apprentissage, la thérapie comportementale se propose de les défaire ou de les remplacer par d'autres comportements en faisant appel à un processus de reconditionnement. Elle recourt de ce fait à un ensemble de méthodes psychologiques pour aider l'individu à agir directement en apprenant à modifier son comportement négatif ou à agir indirectement en appréhendant les circonstances au cours desquelles celui-ci se manifeste.

Le trouble comportemental est traité par des programmes inspirés de ceux utilisés dans la recherche sur le conditionnement opérant.

Le modèle cognitif

Un schéma cognitif se définit comme une structure imprimée par l'expérience sur l'individu, qui va se combiner avec un objet-stimulus ou une idée pour déterminer comment l'objet ou l'idée doit être perçu ou conceptualisé.

Ces théories se développent à partir des travaux effectués en 1959 par **Beck**. En 1961, il fonde **la thérapie cognitive.**

Cette thérapie vise à la modification des contenus cognitifs par la modification du traitement de l'information. Elle utilise des méthodes cognitives fondées essentiellement sur la mise en question des systèmes de pensée automatiques et des systèmes de croyance des patients, mais aussi des méthodes comportementales, émotionnelles et interpersonnelles. 14

C'est une thérapie relativement brève, structurée, directive, où le thérapeute joue un rôle actif.

Dans les années 70, ces théories s'enrichissent des données de la psychologie des émotions en introduisant la notion de « **cognition** ».

Elles font référence aux modèles cognitifs fondés sur l'étude des représentations cognitives (les « contenus de pensée » conscients et inconscients qui viennent influencer l'expérience émotionnelle puis le comportement de l'individu) et des processus cognitifs (les « processus du traitement de l'information » issue de l'environnement).

Les méthodes cognitives visent à modifier les sentiments et les actes en influençant les structures de la pensée du patient.

Le modèle cognitif peut être schématisé ainsi : Stimulus --- Schéma cognitif --- Réponse.

L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction de schémas, acquis par l'interaction entre les événements et les contraintes du système nerveux central. Ces schémas sont inconscients (différents de l'inconscient freudien). Ils sont stockés dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils peuvent être activés par des émotions analogues à celles du moment où elles ont été imprimées. Dans les états dépressifs, par exemple, l'hypothèse centrale est donc que les sujets présentent des schémas cognitifs, inconscients, qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubres ne seraient que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas.

Ainsi, les thérapies évoluent d'une approche « externaliste », centrée sur le contrôle des contingences de l'environnement, d'un modèle où la réponse de l'individu est apprise automatiquement par des procédures de conditionnement, vers un modèle plus mentalisé, appelé comportemental et cognitif, où des pensées brèves, conscientes, accompagnent le vécu émotionnel, influencent la réponse de l'individu, donc une approche plus « internaliste », utilisant les variables internes du comportement (cognitives, émotionnelles et motivationnelles).

Cette théorie donne lieu à des applications thérapeutiques concrètes, aidant la personne à identifier et à modifier ses « cognitions », afin de changer ses réactions émotionnelles et comportementales dans un sens plus favorable.

Au cours des années 80, les TCC, avec Thase, sont utilisées dans les états dépressifs majeurs. Les thérapies comportementales et cognitives fusionnent en une forme intégrée de thérapie. Selon ces théories, les manières de penser influencent le comportement et l'état psychique du patient. En effet, les relations entre les pensées, l'humeur et le comportement sont toujours étroitement imbriquées.

Dans les modalités de traitement, on observe le lien indissociable entre les techniques comportementales et cognitives. En effet, il est impensable de modifier un comportement sans aborder les effets cognitifs du changement. **Les « thérapies cognitivo-comportementales »** partagent la même approche empirique et pragmatique de la psychopathologie et de la

psychothérapie. Leur efficacité thérapeutique est, le plus souvent, démontrée empiriquement, alors que la validité de leurs bases théoriques fait parfois défaut.

En 1996, **Basco et Rush** publient un manuel concernant l'utilisation des TCC pour les patients bipolaires. Paraîtront ensuite les guides de **Bauer et al.**, de **Lam et al.** diffusé à partir de 1999, qui constitue aujourd'hui la référence internationale, et celui de **Newman et al.** en 2002.

Certains proposent une **approche individuelle** et d'autres une **thérapie de groupe**.

Ces dernières années, de nouvelles TCC voient le jour. La thérapie cognitive de la prévention de la rechute dépressive, basée sur une augmentation de la spécificité de l'encodage des informations, en est un exemple très récent.

Ces thérapies récentes se fondent moins sur un corpus théorique de faits empiriques que sur une pratique clinique cohérente, soumise à la validation empirique.

ETAPES DE LA THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Les premiers entretiens permettent :

- de traduire concrètement les plaintes et les troubles de la personne en termes de comportements observables (actions, cognitions, réactions émotionnelles) faisant l'objet d'un diagnostic. Ces plaintes sont mises en relation avec les autres difficultés de la personne, dans une analyse d'ensemble des problèmes, appelée « théorie holistique »,
- d'observer, pendant un certain temps, les conduites problématiques et leurs contingences, de quantifier éventuellement les différents éléments,
- d'effectuer une analyse « fonctionnelle » de ces conduites, c'est-à-dire en comprendre les tenants et les aboutissants, en fonction d'antécédents situationnels et d'anticipations de conséquences, élaboration d'hypothèses explicatives des troubles.

Un contrat thérapeutique clair est établi entre le thérapeute et le consultant avant le début du traitement, portant sur les objectifs thérapeutiques essentiels et précis établis d'un commun accord, des objectifs comportementaux concrets, le plan du traitement, les interventions et les modalités pratiques du traitement, la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique

Elle est faite de composantes

- non spécifiques, qui concourent à l'établissement d'**une alliance thérapeutique positive** : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient,
- et spécifiques, fondées sur l'accent mis sur l'« ici et maintenant », la sélection et l'opérationnalisation, avec le patient, de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des attitudes thérapeutiques, dans une vraie collaboration empirique. 16

Le thérapeute fournit au consultant de l'information sur son (ses) troubles et sur la manière de le(s) traiter. Des outils de mesure des comportements-problèmes (par exemple, des questionnaires), sont utilisés pour évaluer la nature et l'importance des difficultés à traiter.

Durant la phase active du traitement, le consultant observe méthodiquement ses comportements problématiques et développe des comportements plus efficaces pour gérer ses difficultés. Les nouvelles conduites (actions et modes de pensée) sont expérimentées de façon répétitive et évaluées en fonction d'échelles graduées. Les nouvelles compétences sont transférées dans diverses situations et des « renforcements » (externes et internes) sont agencés en vue de maintenir les acquis à travers le temps.

A la fin du traitement, une évaluation – quantitative et qualitative- de l'efficacité thérapeutique est effectuée.

Il n'y a pas d'antinomie entre l'adoption d'une telle démarche – structurée, « scientifique », pragmatique – et, d'autre part, le respect de la personne, l'écoute des particularités individuelles, l'empathie et le support affectif.

Le déroulement habituel d'une séance de thérapie cognitivo-comportementale

Il s'effectue selon un modèle classique :

- accueil du patient,
- évaluation des tâches réalisées entre la dernière séance et la séance actuelle,
- travail thérapeutique précis fixé d'un commun accord en début de séance,
- méthode socratique de questionnement, en faisant prendre conscience au patient du caractère dysfonctionnel, illogique et déficitaire des principes cachés qui régissent son comportement,
- techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles pour modifier les schémas et les pensées automatiques. Pour chaque technique abordée, le thérapeute cite des exemples concrets, illustratifs. Des informations écrites sont fournies à chaque séance, chaque technique est transcrite par le patient,
- résumés de séance distribués en fin d'entretien, le patient étant invité à noter ses commentaires ou ses réactions sur ce feuillet,
- *feedback* du patient sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute, avec une critique de ce qui lui a déplu ou qu'il veut préciser,
- proposition de « tâches » à réaliser hors séance, avec l'accord du patient et point(s) à traiter en priorité lors de la prochaine séance,
- nouveau rendez-vous.

Ainsi, le mode relationnel s'avère très interactif, chacun s'exprimant avec sa spontanéité, ce qui facilite l'expression de soi.

TECHNIQUES DES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Les patients pouvant bénéficier d'une TCC sont ceux qui prennent un thymorégulateur et dont l'humeur n'est ni trop dépressive ni trop maniaque, soit ceux qui sont dans une période intercritique.

Qu'il s'agisse d'une thérapie individuelle (**modèle de Basco et Rush**- vingt séances s'étalant sur une année) ou d'une thérapie de groupe (**programme de Lam**- vingt séances sur trois à six mois), tous les programmes sont très structurés et s'organisent en trois temps :

- **une phase éducative** (cinq à six séances),
- **une phase de techniques particulières comportementales et cognitives** (le thérapeute propose des thèmes selon les principes qui régissent les interventions verbales cognitives favorisant la formulation des représentations, des questions, des doutes, des croyances dysfonctionnelles). Des tâches à domicile assurent la continuité de l'entretien,
- **et une phase de consolidation**. Elle permet de vérifier la compréhension et l'utilisation des techniques TCC apprises jusqu'alors ainsi que la régularité du style de vie et la gestion des stress individuels et interpersonnels.

EN CONCLUSION

Le but des Thérapies Comportementales et Cognitives est :

- **d'effectuer une reconstruction retrospective de « l'histoire de la maladie bipolaire »**, avec la date d'apparition des différents épisodes dépressifs et maniaques, leur durée, les hospitalisations,
- **d'augmenter l'observance médicamenteuse du patient**. Grâce à des graphiques, il est amené à constater l'influence de son traitement sur la stabilité ou non de son humeur. La thérapie l'aide à comprendre la nécessité de se soigner et de respecter une bonne hygiène de vie,
- **de permettre de mieux affronter les stress et d'éviter ainsi les rechutes**, dont le patient apprend à repérer les signes précurseurs, les prodromes précoces, intermédiaires et tardifs. Les fluctuations de l'humeur du sujet sont évaluées, les vulnérabilités cognitives personnelles sont identifiées. Ces signes annonciateurs sont propres à chacun et sont toujours les mêmes. L'analyse des problèmes doit donc être fine et détaillée. Avec le thérapeute, le patient étudie les éléments qui provoquent des troubles ou les entretiennent, et apprend comment les modifier,
- **d'identifier les conséquences affectives, familiales, professionnelles, sociales** et de les aborder en technique de résolution des problèmes ou avec des techniques d'affirmation de soi.

La thérapie TCC a donc une visée à la fois curative et préventive. Elle permet d'augmenter très sensiblement l'engagement du patient dans la prise en charge de sa maladie.

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOEDUCATIF PERSONNEL ET FAMILIAL DANS LA MALADIE BIPOLAIRE

Ce thème a déjà été traité à plusieurs reprises dans le cadre des conférences de l'association ARGOS au FIAP. Nous l'aborderons donc succinctement, en lien avec les TCC.

« La psychoéducation, utilisée depuis 1980, et dont le docteur Christian Gay est le pionnier en France, c'est l'éducation ou la formation d'une personne souffrant

d'un trouble psychiatrique afin de lui donner les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible sa maladie et les conséquences sociales de celle-ci ».

On peut donner **trois dimensions à la psychoéducation** :

- **pédagogique** : donner des informations sur la maladie et les traitements,
- **psychologique** : soutenir émotionnellement la personne face aux difficultés d'accepter ou de vivre avec la maladie,
- **comportementale** : donner des outils à la personne pour qu'elle adopte les comportements qui lui conviennent le mieux pour gérer ses problèmes.

Ainsi, la psychoéducation est une prise en charge psychologique qui n'est pas simplement éducative. Elle a un véritable effet prophylactique et favorise l'alliance thérapeutique. Elle tend à rendre le patient « expert » dans sa maladie, adhérent et actif dans son traitement. Elle lui permet d'identifier les prodromes ou signes de début, de mieux contrôler le stress, de repérer les facteurs déclenchants et précipitants, d'éviter l'abus de substances excitantes ou toxiques (café, alcool, drogues...), de mieux gérer sa vie sociale, professionnelle et affective, d'obtenir une régularité de style de vie (rythmes de sommeil...), de prévenir les conduites suicidaires...

Au total, elle permet donc d'améliorer le bien-être et la qualité de la vie.

Thérapies Comportementales et Cognitives et traitements psycho-éducatifs partagent le même modèle de la maladie. Il est donc difficile de départager clairement l'impact de l'une ou l'autre des interventions. Elles sont étroitement liées. Tous les programmes de TCC des troubles bipolaires s'appuient, en effet, sur des stratégies éducatives, des techniques comportementales et cognitives, des stratégies de résolution de problème, et le développement de méthodes d'adaptation à surmonter les épreuves pour faire face aux conséquences psychosociales de la maladie.

La psychoéducation fait appel à des méthodes très différentes entre elles mais qui ont en commun la volonté d'informer le patient et de lui donner les moyens d'être acteur de sa vie. Il existe des programmes structurés avec un groupe fixe, tel **le Programme de Psychoéducation des Troubles Bipolaires de Barcelone**, des cycles de séances d'information ouverts à tous, des débats animés par un professionnel où l'échange entre patients est important.

Le nombre de séances est variable et dépend du nombre et du type d'objectifs. Il est limité à 5 ou 6 lorsqu'un seul thème a été préalablement défini, tel par exemple l'identification des symptômes qui annoncent une rechute. Il peut s'étendre à plus de 20 séances lorsqu'il s'agit d'une prise en charge globale avec plusieurs objectifs. Ces mesures s'adressent préférentiellement à des patients en phase normothymique. Mais, elles pourraient, néanmoins, être aussi initiées en fin d'hospitalisation, au décours d'un épisode d'excitation ou de dépression.

En général, ces séances sont pratiquées en groupe par un personnel entraîné aux thérapies de groupe (psychiatres, psychologues, personnel infirmier...), mais, en fonction de la personnalité du sujet et des caractéristiques évolutives du trouble, une prise en charge individuelle peut être préférée. Une consultation préalable permet de préciser ce choix.

L'entourage proche, conjoints, parents, enfants ou amis, peut être concerné par ce type d'approche, inclus au groupe de patients ou intégré dans des groupes spécifiques d'accompagnants.

En conclusion, ces mesures psycho-éducatives occupent une place prépondérante dans la prise en charge des patients bipolaires. Elles dépassent le cadre de l'information transmise sur la maladie et ses traitements et favorisent l'engagement du soignant, du patient et de ses proches.

LES THERAPIES INTERPERSONNELLES ET DES RYTHMES SOCIAUX

L'élément qui paraît le plus déterminant dans le déclenchement du trouble, indépendamment de la réaction émotionnelle, est son **impact sur les rythmes sociaux**. Cette influence tend à décroître avec le nombre de récurrences.

Les thérapies interpersonnelles et des rythmes sociaux s'adressent aux relations interpersonnelles et aux contextes pouvant avoir une influence sur le déclenchement et l'évolution du trouble.

Au cours des premiers entretiens, le thérapeute aborde l'histoire de la maladie en se focalisant sur les épisodes thymiques associés à des perturbations dans les routines sociales et les cycles veille/sommeil (rythmes sociaux). Les principaux problèmes sont aussi repérés.

Par la suite, le thérapeute travaille avec le patient autour de la durée des activités quotidiennes (incluant le lever et le coucher), de l'humeur et des activités sociales. Il l'encourage à garder des rythmes sociaux stables (respecter le temps des repas, des activités, du sommeil...), à anticiper les événements qui pourraient perturber les rythmes et à développer des projets assurant une stabilité des rythmes sociaux et de l'humeur.

Partant du principe que « des dérèglements de l'hygiène de vie favorisent l'instabilité circadienne et précipitent les épisodes thymiques », cette thérapie favorise donc un travail sur les rythmes biologiques et circadiens.

Par ailleurs, il existe des influences réciproques entre le trouble et la famille du patient. L'attitude de la famille influence l'évolution individuelle du trouble et, inversement, le trouble et ses conséquences représentent une charge importante pour les proches du patient. **Un niveau d'expression émotionnelle élevé dans la famille peut être un facteur précipitant de la maladie.**

Le thérapeute et le patient doivent travailler sur la résolution de problèmes interpersonnels et élaborer des stratégies pour prévenir les problèmes interpersonnels similaires et les perturbations des rythmes sociaux dans le futur. Il a un rôle actif car il peut influencer le patient par des conseils et l'aider à évaluer le rôle du conjoint qui peut être essentiel.

Sami-Paul Tawil, dans son livre « **Le miroir de Janus** », (Editions Robert Laffont, Paris, 2002), précise que « ces techniques peuvent apporter une diminution du stress lié à la famille, au travail, et ont pour objectif d'améliorer la communication interpersonnelle ».

Certaines études montrent que les interventions familiales tendent à réduire les risques de rechutes et le nombre d'hospitalisations et que les patients ayant bénéficié d'une telle prise en charge ont une durée de rémission plus longue.

LES THERAPIES CENTREES SUR LA FAMILLE ET LE COUPLE

Dès le début de la maladie, la famille ou l'entourage proche sont sollicités par l'apparition des troubles et leurs répercussions et sont partie prenante du processus thérapeutique.

L'expression de la maladie bipolaire perturbe fortement le système familial ou le couple qui doivent passer par les mêmes processus d'adaptation à la maladie que le patient lui-même : déni, colère, ambivalence et anxiété.

Ces thérapies permettent de ne plus considérer l'individu comme l'unique source de sa propre souffrance et se focalisent sur la communication.

Elles peuvent s'effectuer avec une famille seule ou en thérapie multifamiliale.

Les techniques d'intervention sont nombreuses et varient en fonction de l'approche spécifique des thérapeutes : psychanalytique ou psychodynamique, systémique, stratégique, cognitivo-comportementale...

La thérapie familiale psychanalytique

Le modèle psychodynamique cherche à faire émerger l'histoire subjective.

Il existe des interactions continues entre l'identité individuelle, l'identité que procurent les relations dyadiques et triadiques dans la famille, ainsi que l'identité globale du groupe familial qui déterminent les standards et les idéaux communs.

Alberto Eiguer, par exemple, revendique une approche psychanalytique, où l'élucidation du transfert véhiculé par les productions fantasmatiques de la psyché familiale fournit à l'analyste son principal levier thérapeutique.

Ce qui est donc analysé dans ce cadre, ce ne sont pas les conflits internes d'un individu mais ceux existant entre les différents membres de la famille, dont la signification est prise en compte dans la dynamique familiale.

Ainsi, au cours des séances, le ou les thérapeutes essaient de faire prendre conscience aux participants des conflits qui les lient et les opposent à la fois, à partir des principes de la psychanalyse.

La thérapie familiale comportementale

Elle propose :

- **des séances psychoéducatives** orientée sur les symptômes, les causes, l'évolution de vie, le traitement et l'autogestion du trouble bipolaire.

Le patient et sa famille sont encouragés à :

.développer une compréhension commune des facteurs favorisant l'apparition des épisodes dépressifs, saisir la nécessité du traitement, et le rôle du stress,
.envisager un projet de prévention des rechutes,

- **des séances multifamiliales** combinant un travail sur les communications, ayant pour objectif de réduire le niveau d'expression émotionnelle négative et de repérer les bases d'une communication plus adaptée.
- **une méthode** fondée sur la compréhension, centrée sur la vie de la maison, renforçant par petites étapes les progrès constatés, cherchant à anticiper les risques de rechutes dès les premiers signes d'alerte.

La thérapie familiale systémique

Selon cette approche, la famille apparaît comme un système, défini comme un ***ensemble d'éléments en interaction***. La famille est un système ouvert, soumis aux influences du milieu dans lequel il se trouve. Tous les éléments du système familial sont en relation les uns avec les autres. Mais une famille est différente de l'addition des éléments qui la constituent. Elle a une forte tendance à l'homéostasie, ce qui explique la difficulté qu'il y a à obtenir, en thérapie familiale, des changements durables.

En thérapie familiale systémique, il n'existe pas d'individu à proprement parler malade. Le malade est un membre de la famille désigné comme tel, présentant des symptômes conçus comme la résultante d'un dysfonctionnement familial. C'est lui qui, par ses troubles, amène la famille à consulter.

Dans ce type de thérapie, l'objet est non seulement de comprendre le *pourquoi* d'un symptôme donné et d'en trouver un sens, mais aussi d'en décrypter la fonction. Si un symptôme, ou un comportement dont toute une famille se plaint, persiste, c'est qu'il a une fonction, une utilité pour le maintien de l'homéostasie familiale. **L'élucidation de la fonction du symptôme permet au thérapeute de comprendre le fonctionnement familial.** La thérapie vise à rendre caduque la fonction du symptôme, à le rendre inutile, afin qu'il disparaisse.

Cette approche peut-elle être transposable dans les troubles bipolaires, compte tenu de l'étiologie génétique et biologique dominantes? Quelle fonction peut jouer l'alternance des troubles thymiques, dépressifs ou maniaques ? La discussion reste ouverte.

LES THERAPIES DE GROUPE

Elles sont destinées à des patients bipolaires partiellement stabilisés. Les patients doivent donc consulter régulièrement un psychiatre et recevoir un traitement thymorégulateur. Leur humeur ne doit être ni trop dépressive ni trop maniaque. L'association à un trouble de la personnalité n'est pas une contre-indication .

L'intérêt de ce type de thérapie est le support moral du groupe. Les participants prennent conscience qu'ils ne sont pas seuls à souffrir de maniaco-dépression. Le groupe leur offre 22

l'occasion de partager leurs expériences et d'apprendre à contrôler ensemble leur comportement et leurs émotions. Ils peuvent y aborder tous les problèmes en lien avec leur maladie : relations conjugales et familiales, amicales, sociales, professionnelles, addictions, stress, hospitalisations, traitements médicamenteux...

Comme pour les psychothérapies individuelles, il y a plusieurs types de psychothérapies groupales.

Schématiquement, on peut les classer en :

- thérapies analytiques ou psychothérapies psychanalytiques de groupe
- thérapies comportementale et cognitives.

LES PSYCHOTHERAPIES PSYCHANALYTIQUES DE GROUPE

A partir des années 1940, le groupe est envisagé comme une entité spécifique.

Dans les années 1960, deux psychanalystes français, J.-B. Pontalis et D. Anzieu, reconnaissent au groupe sa valeur d'objet psychique pour les sujets le composant.

En 1976, R. Kaës propose le concept d' »**appareil psychique groupal** » pour fonder l'idée d'une construction psychique commune des membres d'un groupe pour constituer ce groupe.

La thérapie de groupe, dont le mode d'expression n'est pas seulement verbal, se fonde donc sur l'idée que la situation même de groupe permet d'enclencher des processus psychiques spécifiques qui transcendent les effets individuels et dont tous les participants présents sont les acteurs conscients et inconscients et les bénéficiaires.

L'espace analytique du groupe délimite un intérieur et un extérieur, une **enveloppe groupale**, mettant en rapport l'intrapsychique et l'histoire du sujet, d'une part, avec l'intersubjectif et le rapport à la réalité du groupe de travail, d'autre part, permettant d'aménager un lieu de pensées, une aire de symbolisation. Le groupe est un objet contenant et protecteur procurant un espace qui favorise la perception commune des choses, apportant un étayage qui permet de conjurer les angoisses de morcellement et de perte d'identité. **La thérapie de groupe analytique des patients bipolaires s'oriente ainsi tout particulièrement sur la vulnérabilité à la perte et les difficultés relationnelles.**

Ce traitement en groupe peut être proposé lorsque la relation analytique individuelle ne permet pas au transfert de se déployer, lorsqu'une psychothérapie ou une analyse en cours butent sur des résistances difficilement surmontables et lorsque la souffrance du patient demande que soit, au préalable, établies les conditions d'un contenant psychique. Le groupe permet de restaurer la fonction symbolisante et, de ce fait, l'efficacité de la fonction pensante.

Ainsi, la psychothérapie de groupe peut s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge plurifocale, à la fois individuelle et de groupe, ou unifocale, ayant un rôle facilitateur sur le suivi psychiatrique, évitant les interruptions de traitements ou certains passages à l'acte.

Au total, la référence psychanalytique et la dimension groupale sont source d'enrichissements mutuels mais ne conduisent pas aux mêmes pratiques, aux mêmes élaborations théoriques et aux mêmes expériences personnelles.

LES PSYCHOTHERAPIES DE GROUPE COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

Comme pour les thérapies individuelles, les thérapies de groupe sont actuellement proposées aux patients bipolaires sous forme de **programmes thérapeutiques spécifiques** dont les buts sont l'augmentation de l'observance médicamenteuse, la reconnaissance précoce des fluctuations de l'humeur et la meilleure gestion des stress personnels et environnementaux.

Il existe des programmes très structurés, tels le **modèle de Lam**, qui s'organisent en trois temps : une phase éducative, une phase de techniques particulières comportementales et cognitives et une phase de consolidation (cf. ce qui a été dit plus haut à propos des thérapies cognitivo-comportementales).

Le modèle de Lam propose une vingtaine de séances réparties sur 3 à 6 mois. Les groupes comprennent une dizaine de patients ; la durée de chaque séance est de 2 heures.

Aussi bien, les thérapies de groupe analytiques que cognitivo-comportementales ont démontré leurs **effets prophylactiques**. Les rechutes sont moins fréquentes. Les patients peuvent reconnaître plus facilement les premiers troubles et les événements qui les déclenchent. Ils peuvent mieux mesurer les implications de leur maladie sur leur entourage conjugal, familial et professionnel. Ils peuvent accepter plus facilement leurs traitements. Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, sa durée en est réduite...

Ainsi, les patients qui combinent la thérapie de groupe et les médicaments semblent présenter une évolution moins grave sur le plan des interactions familiales, des échecs conjugaux et du besoin d'hospitalisation que les patients traités uniquement aux médicaments.

LES THERAPIES ALTERNATIVES

Un certain nombre de thérapies alternatives ont le vent en poupe. Il est important d'insister sur le fait qu'**elles ne bénéficient pas du même niveau de validation scientifique que les traitements médicamenteux usuels ou que les psychothérapies traditionnelles.**

Sans vouloir être exhaustif, nous citerons

LA THERAPIE EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

C'est une approche neuro-émotionnelle de désensibilisation et de retraitement des informations faisant appel à la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, des stimuli auditifs et cutanés.

Elle a essentiellement pour but de faciliter une résolution rapide des symptômes liés à des événements traumatiques du passé.

Cette méthode ressemble en pratique à une sorte d'hypnose : en faisant suivre un pointeur à une personne, on lui fait pratiquer toute une série de mouvements avec les yeux.

POUR CONCLURE

Nous dirons que **l'association médicaments-psychothérapie**, qu'elle que soit l'orientation psychothérapique ou psychanalytique choisie, **devrait être le modèle thérapeutique de référence**.

La plupart du temps, l'indication d'une psychothérapie, amorcée parfois par une « attitude » psychothérapique du thérapeute ou de l'équipe de soins, est confirmée après l'accès dépressif ou maniaque.

Mais **la demande de psychothérapie ou de psychanalyse du patient, de son couple et de sa famille, reste un choix personnel**, plus ou moins influencé par les orientations du thérapeute, analytiques ou cognitivo-comportementales, par exemple.

Les patients ayant bénéficié d'une psychothérapie intensive ont une guérison plus rapide que ceux ayant eu une aide ponctuelle ou un traitement médicamenteux exclusif.

La psychothérapie permet de mieux vivre avec sa maladie, de mieux comprendre et de mieux se comprendre. La personne va se réorganiser mentalement, donner un sens à sa maladie en la mettant en perspective dans son vécu. Elle va ainsi pouvoir se reconstruire, retrouver l'estime de soi et agir différemment dans plusieurs domaines de son existence.

Au-delà de leurs différences, les psychothérapies poursuivent des objectifs communs, l'atténuation de la souffrance du patient et de ses proches. C'est pourquoi, les patients bipolaires et leurs familles devraient pouvoir bénéficier de tels types de prises en charge.

Dr Pierre de Lara

Psychiatre-Psychanalyste

Membre titulaire de Thérapies-Conseil

Avec l'aimable participation de **Martine Gercault**

Psychologue clinicienne et Psychanalyste

Membre titulaire de Thérapies-Conseil

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ABRAHAM Karl, Œuvres complètes, Editions Payot, 1989

BARTE H.N., Dictionnaire des thérapeutiques médico-psychologiques et psychiatriques, Ellipses Edition Marketing S.A., 2001

BOURGEOIS Marc-Louis, Manie et dépression, comprendre et soigner les troubles bipolaires, éditions Odile Jacob

ELKAÏM Mony (sous la direction de), A quel psy se vouer, Editions du Seuil, mars 2003

FREUD Sigmund, Deuil et Mélancolie (1915), in Métapsychologie, Paris, Editions Gallimard,

KLEIN Mélanie, Deuil et dépression, Editions Payot, 2004, collection Petite bibliothèque Payot

LEBOYER Marion (coordonné par), Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives, John Libbey Eurotext, Paris, 2005. Collection Pathologie Science Formation.

TAWIL Sami-Paul, Le miroir de Janus, Editions Robert Laffont, S.A., Paris, 2002, collection « Réponses »

ARTICLES

ENCYCLOPEDIE-MEDICO-CHIRURGICALE- PSYCHIATRIE

ARFOUILLOUX J.-C., Indications et contre-indications de la cure psychanalytique : évaluations et résultats. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-811-A-10, 1995, 7p.

ARFOUILLOUX J.-C., Cure-type : théorie et pratique, cadre et processus. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Masson), Psychiatrie, 37-810-F40, 1996, 10 p.

BRUSSET B., Psychanalyse et psychothérapie. -Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-810-F50, 1994, 4 p.

CAHN R., Abord psychothérapique des psychoses. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-819-A-10, 1998, 6 p.

CORCOS M., CONSOLI A., NICOLAS I., CLERVOY P., BOCHEREAU D., JEAMMET P., Troubles Maniacodépressifs à l'adolescence. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-214-A-50, 2006

COTTRAUX J., Thérapies cognitives. Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-820-A-50, 2006, 6 p. 26

DARCOURT G., Introduction à la thérapeutique en psychiatrie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-800-A-10, 2008

DESPLAND J.-N., MICHEL N., de ROTEN Y., Psychothérapies brèves psychanalytiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-812-L-10, 2008

DE LUCA M., Abord psychothérapique des psychoses. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-819-A-10, 2009, 16 p.

FERRERO F., BESSON J., DESPLAND J.-N., Nouvelles thérapies: origines et développements récents. – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-820-A-60, 1995, 9 p.

LAMAS C., CORCOS M., JEAMMET P., Psychothérapies à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-217-A-10, 2007.

LEGERON P. et VAN RILLAER J., Approche théorique des thérapies comportementales et cognitives chez l'adulte. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-40, 1999, 6 p.

LEMAIRE J.-G., Thérapies du couple. –Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-819-F-05, 1995, 4 p.

LEVY-RUEFF M., GOURION D., Traitement du trouble bipolaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-860-B-55, 2009, 16 p.

MARIE-CARDINE M., GUYOTAT J. et TERRA J.-L. -Médicaments psychotropes et psychothérapies- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-820-B90, 5-1989, 22 p.

MIERMONT J., Thérapies familiales. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-819-F-10, 1998, 8 p.

MIERMONT J., Thérapies systémiques. –Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-820-B40, 1994, 8 p.

MIRABEL-SARRON C., VERA L., Techniques de thérapies comportementales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-45, 2008

OLIE J.-P., HARDY P., AKISKAL H., FELINE A., GOROG F., LOO H., POIRIER M.-F., Psychoses maniaco-dépressives – Editions Techniques- Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-220-A-10, 4-1990, 32 p.

PRIVAT P., QUELIN SOULIGNOUX D., ROUCHY J.-C., De l'analyse de groupe à la psychothérapie. Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-817-A-10, 2001, 8 p.

ARTICLES INTERNET

AVEC NOMS D'AUTEURS

ANJOU (d') Anne, ARNAUD Dominique, ORTIZ Raphaël, La confrontation à la mort chez le psychotique chronique, http://pagesperso-orange.fr/psycase/034/034_psycho_mort_autre.htm

CHRISTIDIS Nicolas, Les troubles des traitements antimaniaques, http://www.psychiatrie-francaise.com/psychiatrie_francaise/2001/3/psyfr301c.htm

EBTINGER René, Karl Abraham : L'identification à la psychanalyse, <http://apertura.chez.com/Ebtinger.htm>

HASSOUN J., La passion mélancolique, <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/passion.htm>

LALONDE Pierre, Psychoéducation du trouble bipolaire, <http://bipolairemd.forumactif.fr/documentation-information-f7/psych...>

HENRY Chantal, GAY Christian, Etat de la recherche dans les troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet, janvier 2004, <http://orpha.net/data/patho/FR/fr-recherchedepression.pdf>

KHAZAAL Y., POMINI V., Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire : activités et perspectives, Revue Médicale Suisse, <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31640>

LEMABIC Didier, Approche psychothérapeutique cognitivo-émotionnelle du trouble bipolaire, <http://sites.univ-provence.fr/wpsycle/membres/doctorants/lemabic.html>

MOREL François, La clinique analytique de la mélancolie, <http://www.herrerros.com.ar/melanco/morel.htm>

MOULINIER Didier, Mélancolie, <http://www.psy-desir.com/biblio/spip.php?article> 1069

SIMONELLI Thierry, La sexualité infantile selon Karl Abraham, <http://www.psychanalyse.lu/articles/SimonelliAbrahamPregential.htm>

VENTURINI Clélia, Le lien entre la tentative et la perte d'objet chez l'hystérique, http://www.memoireonline.com/08/08/1443/m_lien-tentative-suicide-perde-objet-hyst...

SANS NOMS D'AUTEURS

CHRONIQUES SOUS LITHIUM, Le trouble bipolaire : différentes thérapies, <http://chroniquessouslithium.wordpress.com/2009/04/16le-trouble-bi...>

LA MELANCOLIE, Les états dépressifs et les crises de mélancolie, <http://isabelle.E-monsite.com/rubrique,la-melancolie,1012079.html>

MELANCOLIE – Wikipédia, <http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9lancolie>