

# La DÉPRESSION

**CHRISTINA BARTHA, MSW, CSW**

**CAROL PARKER, MSW, CSW**

**CATHY THOMSON, MSW, CSW**

**KATE KITCHEN, MSW**



**camh**

Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

# **la DÉPRESSION**

**GUIDE À L'INTENTION DES  
PERSONNES DÉPRIMÉES  
ET DE LEUR FAMILLE**

**CHRISTINA BARTHA, MSW, CSW  
CAROL PARKER, MSW, CSW  
CATHY THOMSON, MSW, CSW  
KATE KITCHEN, MSW**



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**UN CENTRE COLLABORATEUR  
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

**La dépression : guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille**

ISBN 0-88868-354-5

Code de produit : PM010

Imprimé au Canada  
Copyright © 1999 Centre de toxicomanie et de santé mentale

*Cet ouvrage ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – sauf pour une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.*

Pour tout renseignement sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
33, rue Russell  
Toronto (Ontario) M5S 2S1  
Canada

Tél. : 1 800 661-1111 ou 416 595-6059 à Toronto  
Courriel : [marketing@camh.net](mailto:marketing@camh.net)

Site Web : [www.camh.net](http://www.camh.net)

Available in English under the title:  
*Depressive Illness: A Guide for People with Depression and Their Families*

*Remarque : Pour faciliter la lecture de ce document, le masculin est pris dans sa forme générale et englobe le féminin.*

## TABLE DES MATIÈRES

---

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 1  |
| <b>1</b> Comprendre la dépression .....                         | 2  |
| <b>2</b> Les causes de la dépression – théories actuelles ..... | 9  |
| <b>3</b> Les traitements .....                                  | 17 |
| <b>4</b> Le rétablissement et la prévention des rechutes .....  | 29 |
| <b>5</b> L'aide offerte aux proches et aux familles .....       | 33 |
| <b>6</b> Comment expliquer la dépression aux enfants .....      | 40 |
| Conclusion .....  | 43 |
| Glossaire .....   | 44 |

## REMERCIEMENTS

---

Les auteurs aimeraient souligner la précieuse collaboration des D<sup>rs</sup> Sid Kennedy et Joel Raskin qui ont révisé et commenté la section sur les médicaments. Nous aimerions en outre remercier Tom et Meg pour leur aide inestimable et leur obligeance alors qu'ils ont révisé le présent document du point de vue d'un patient/client et d'un membre de la famille.

## INTRODUCTION

---

Le présent guide a été rédigé à l'intention des personnes déprimées, de leur famille et de toutes les personnes intéressées à mieux comprendre la dépression, son traitement et la façon de la gérer. Ce guide ne peut remplacer un traitement auprès d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale, mais il peut servir de point de départ à des discussions sur la dépression. Le guide aborde de nombreux aspects de la dépression et les questions fréquemment posées. Comme on lance régulièrement de nouveaux produits, il est possible que certains médicaments actuels n'étaient pas sur le marché au moment de la publication.

# 1 COMPRENDRE LA DÉPRESSION

---

« La dépression est un châtement cruel. Elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'éruption, et n'est pas détectable à l'analyse sanguine. Elle ne s'accompagne que de l'érosion du moi, tout aussi insidieuse qu'un cancer. De plus, comme pour le cancer, il s'agit d'une expérience solitaire. Une chambre en enfer avec votre seul nom inscrit sur la porte. Je me rends compte que, à certains moments, tout le monde se retrouve dans une telle chambre. Mais cette prise de conscience ne m'apporte pas un grand réconfort maintenant. »

Martha Manning

Auteure/thérapeute ayant vécu une dépression majeure  
*Undercurrents* (1994)

Bien des gens ont de la difficulté à comprendre la douleur et l'isolement qui accompagnent le trouble psychiatrique de la dépression. On utilise le terme dépression autant pour parler du sentiment de tristesse et de désespoir que pour désigner le trouble mental. Tout le monde peut parfois se sentir triste, découragé ou mélancolique, souvent à la suite d'une déception, de la perte d'un être cher ou d'un autre événement traumatisant. Il s'agit alors d'une réaction normale et le cafard disparaît habituellement assez rapidement. Par contre, pour environ 10 à 15 p. 100 des hommes et 15 à 25 p. 100 des femmes, la déprime persiste et se transforme en problème de santé mentale plus grave, généralement appelé dépression clinique ou majeure.

## QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION CLINIQUE OU MAJEURE ?

La dépression est bien plus grave que la simple tristesse. La dépression clinique est un « trouble de l'humeur ». Cela signifie que l'état émotif d'une personne est anormalement faible et que celle-ci ne peut pas retrouver seule la bonne humeur. Le principal symptôme de la dépression majeure est l'état de tristesse et de désespoir qui persiste plus de deux semaines et qui porte atteinte au rendement professionnel, scolaire ou social. Cet état de cafard profond peut être déroutant, car certains symptômes de la dépression touche le comportement,

comme le fait de bouger ou de parler lentement, alors que d'autres sont émotifs ou cognitifs, comme le fait de se sentir désespéré et d'avoir des idées noires. Ces symptômes sont très différents des symptômes physiques associés à d'autres maladies, comme la douleur ressentie lorsqu'on se fracture une jambe ou la fièvre accompagnant une infection grave.

## COMMENT DIAGNOSTIQUE-T-ON LA DÉPRESSION ?

Afin de poser un diagnostic, le médecin vous demandera si vous avez éprouvé les symptômes suivants :

- changements sur le plan de l'appétit et du poids;
- troubles du sommeil, soit un besoin excessif ou un manque de sommeil;
- perte d'intérêt dans le travail, les loisirs, les gens; modification des sentiments à l'endroit des membres de votre famille et de vos amis;
- sentiment d'incompétence ou de désespoir; culpabilité excessive;
- préoccupations concernant l'échec ou la médiocrité et perte de l'estime de soi; certaines pensées obsessionnelles et difficiles à enrayer;
- agitation ou perte d'énergie; vous vous sentez impatient et ne pouvez rester en place ou vous vous sentez trop fatigué et faible pour faire quoi que ce soit;
- pensée lente, oublis, manque de concentration et difficulté à prendre des décisions;
- diminution des pulsions sexuelles;
- tendance à pleurer facilement ou à avoir envie de pleurer sans en être capable;
- pensées suicidaires ou occasionnellement meurtrières;
- parfois, ne plus avoir le sens des réalités, entendre peut-être des voix (hallucinations) ou avoir des idées bizarres (délire).

La **gravité** des troubles dépressifs peut **varier**. Une personne qui, pendant deux semaines ou plus, présente moins de cinq des symptômes de la dépression majeure fait l'objet d'un diagnostic de dépression mineure. Lorsqu'une personne présente au moins cinq de ces symptômes pendant un minimum de deux semaines, il s'agit d'un « épisode de trouble dépressif majeur ». Cependant, bien des gens sont aux prises avec la dépression pendant des semaines, des mois ou même des années avant de consulter un médecin ou un professionnel de la santé mentale. Il n'est pas rare que certaines personnes tentent de se débrouiller seules lorsqu'elles sentent qu'elles « perdent » le moral, jusqu'à ce qu'elles atteignent un degré de souffrance intolérable. Les personnes aux prises avec la dépression peuvent aussi être beaucoup plus sensibles aux commentaires des autres et obtenir peu ou pas de réconfort de leurs proches et amis qui tentent de les encourager ou de leur venir en aide.

La capacité ou la volonté d'une personne de se faire traiter influe sur la durée de l'épisode de dépression. En cas de traitement, un épisode peut ne durer que de deux à six semaines. Toutefois, sans traitement, les épisodes peuvent durer de six à dix-huit mois ou même davantage. En moyenne, ils durent environ cinq mois.

## LA DÉPRESSION ET LE TROUBLE BIPOLAIRE

La dépression survient aussi dans les cas de trouble bipolaire ou de maladie affective bipolaire (maniac-dépression). Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur, mais il est caractérisé par des épisodes de dépression et de manie. Durant un épisode de **manie**, une personne a une perception exagérée de sa propre importance ou de son pouvoir. Cette perception peut entraîner un engagement excessif dans des activités pouvant avoir des conséquences fâcheuses (p. ex., investissements insensés, dépenses folles, imprudences sexuelles). Les personnes en épisode de manie ont aussi moins besoin de sommeil, parlent très rapidement et leurs pensées défilent à toute allure. Bon nombre d'entre elles ne se rendent pas compte que leur comportement est inhabituel. Toutefois, avant un épisode de manie, les personnes entrent généralement dans une **phase d'hypomanie**, durant laquelle elles affichent des symptômes moins marqués de la manie (troubles du sommeil, sentiment d'excitation) et elles sont conscientes qu'elles se dirigent vers un épisode de manie. Cet avertissement leur permet de consulter un médecin et de peut-être éviter de tomber dans un plein épisode de manie. Bien que la dépression majeure et le trouble bipolaire provoquent tous deux des symptômes semblables, il s'agit de troubles distincts qui nécessitent des traitements différents.

## LES DIFFÉRENTES FORMES DE DÉPRESSION

La dépression majeure se subdivise en deux formes, chacune ayant des symptômes légèrement différents. Il est important que le diagnostic soit précis, car les différentes formes de dépression ne répondent pas toutes aux mêmes traitements.

### LA DÉPRESSION TYPIQUE ET LA DÉPRESSION ATYPIQUE

En plus d'afficher des éléments révélateurs de la dépression, certaines personnes ayant des **symptômes typiques** ont tendance à avoir des troubles du sommeil (insomnie, sommeil écourté et réveils fréquents durant la nuit), à avoir moins d'appétit et à perdre du poids.

Les personnes ayant des **symptômes atypiques** affichent elles aussi les éléments révélateurs de la dépression majeure, mais elles ont tendance à manger et dormir excessivement. La soirée, et non pas la matinée, représente la partie la plus difficile de la journée. Alors qu'une personne ayant des symptômes typiques ne réagit habituellement pas beaucoup, la dépression atypique se caractérise par la « réactivité ». Ainsi, la personne pourra réagir positivement à un événement agréable, comme la visite d'un proche, mais deviendra vite déprimée lorsque la source de ce plaisir disparaîtra. Ces sautes d'humeur peuvent être très difficiles à vivre pour la personne concernée et les membres de sa famille.

### LE TROUBLE AFFECTIF SAISONNIER OU LA DÉPRESSION SAISONNIÈRE

Le trouble affectif saisonnier représente en fait une sorte de dépression qui dépend du temps et de la saison. Les symptômes apparaissent habituellement durant l'automne et l'hiver et la personne touchée se sent mieux au printemps et à l'été. Les personnes souffrant de dépression saisonnière ont habituellement plusieurs symptômes, notamment une tristesse qui dure pendant plusieurs mois, une augmentation de l'appétit (hyperphagie) et du sommeil (hypersomnie), par exemple des rages d'aliments riches en glucides qui entraîne la prise de poids.

La dépression saisonnière est plus courante dans les régions au climat nordique où les heures d'ensoleillement diminuent considérablement en hiver. Bien qu'il ne soit pas rare de connaître des changements d'humeur durant ces périodes de faible ensoleillement, les personnes souffrant de dépression saisonnière ressentent des symptômes beaucoup plus forts qui nuisent à leurs relations avec les autres.

### LA DÉPRESSION POSTPARTALE OU POSTNATALE

Bien que toutes les formes de dépression puissent avoir des causes multiples, la dépression postpartale est liée à un événement précis, soit la naissance d'un enfant. Son apparition peut être rattachée à des déséquilibres biochimiques et hormonaux, à des problèmes émotifs et à des circonstances sociales. Environ 13 p. 100 des femmes souffriront de dépression postpartale qui se caractérise par les principaux symptômes de la dépression clinique qui persistent pendant quatre semaines ou plus et sont assez graves pour nuire au fonctionnement socio-affectif de la mère. Cette dépression est différente du syndrome du troisième jour ou des « **bleus du post-partum** » que ressentent bon nombre de femmes à la suite de l'accouchement.

Les femmes ayant vécu des épisodes de dépression avant la grossesse peuvent être plus vulnérables à la dépression postpartale. Les enjeux émotifs, comme le fait de désirer ou non la grossesse, ou si la mère recevra le soutien du père et de la famille élargie, peuvent aussi influencer sur le déclenchement de la dépression. Les responsabilités amenées par la venue d'un nouveau-né combinées aux symptômes de la dépression peuvent rendre la situation très délicate sur le plan social. Les membres de la famille et les amis peuvent se demander comment la mère d'un nouveau-né peut *ne pas* se réjouir de cet heureux événement. Cette situation peut faire en sorte que la nouvelle maman se sente encore plus isolée et hésitante à demander de l'aide.

## LA DÉPRESSION PSYCHOTIQUE

Dans certains cas, la dépression peut devenir grave au point que la personne affectée perde le sens des réalités et devienne psychotique. La psychose s'accompagne d'une rupture avec la réalité alors qu'apparaissent des hallucinations (la personne entend des voix ou voit des personnes ou des objets qui n'existent pas) ou des délires (perceptions sans fondement dans la réalité). Le délire peut être qualifié de paranoïaque, c'est-à-dire que la personne croit qu'on complotte contre elle. Les hallucinations et les délires peuvent être très sévères ou négatifs, ce qui peut aggraver l'état dépressif. Lorsqu'une personne déprimée affiche aussi des symptômes de psychose, elle doit être traitée à l'aide de médicaments anti-dépresseurs et antipsychotiques.

## LA DYSTHYMIE

La dysthymie est un état dépressif chronique caractérisé par des symptômes modérés de dépression, comme : le manque d'appétit ou l'hyperphagie, l'insomnie ou l' hypersomnie, la baisse d'énergie et la fatigue, la piètre estime de soi, le manque de concentration, la difficulté à prendre des décisions et le sentiment de désespoir. Si au moins deux de ces symptômes sont présents pendant deux ans ou plus, et que la personne n'entre pas dans un épisode de dépression majeure durant cette période, on peut alors poser un diagnostic de dysthymie. Bien que la dysthymie ne soit pas aussi grave que la dépression majeure, elle peut nuire à la capacité de travailler, d'étudier ou d'entretenir des relations importantes. Une personne peut souffrir de dysthymie et par la suite entrer en dépression majeure. On parle alors de **dépression double**.

## LA DÉPRESSION ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Parfois, les personnes déprimées peuvent aussi se faire dire par leur médecin qu'elles ont un trouble de la personnalité. Qu'est-ce que cela signifie et en quoi cela touche-t-il la dépression? La personnalité caractérise la manière d'être d'une personne dans sa façon de penser, de réagir et d'entretenir des relations avec les autres. La personnalité est décrite en termes de traits, soit ce qui caractérise la façon de penser et de ressentir en général, les comportements habituels et la manière d'échanger avec les autres.

Un trouble de la personnalité porte sur la qualité des traits de personnalité d'une personne. Il signifie que la personne semble avoir des pensées, des sentiments, des comportements et des relations qui diffèrent considérablement des habitudes culturelles de son entourage. Non seulement ses habitudes diffèrent-elles de la norme, mais elles font aussi en sorte que la personne se sent dépréciée et nuisent à sa capacité de bien fonctionner au travail et dans sa vie personnelle.

Lorsqu'on diagnostique un trouble de la personnalité chez une personne, on détermine de quel genre de trouble il s'agit. À titre d'exemple, une personne qui aurait une personnalité paranoïaque aura des problèmes à faire confiance à d'autres personnes dans la plupart des aspects de sa vie, même s'il n'y a pas de fondement à ses soupçons. Cette méfiance profonde envers les autres complique le traitement de la dépression, car elle empêche la personne de nouer et de conserver des liens avec d'autres personnes qui pourraient lui offrir le soutien dont elle a besoin, y compris un médecin.

Bon nombre de personnes possèdent certains de ces traits de caractère sans qu'ils n'entraînent d'importantes répercussions dans leur vie. Par exemple, si une personne met beaucoup de temps avant d'accorder sa confiance, mais qu'elle peut croire avec le temps à la bienveillance d'un ou de deux amis ou membres de sa famille, nous allons considérer qu'il s'agit d'un trait de caractère de cette personne, mais que cet état de chose n'empêchera pas la personne d'avoir une vie satisfaisante. On ne diagnostiquerait pas un trouble de la personnalité chez cette personne.

Voici quelques exemples des nombreux troubles de la personnalité. Personnalité schizoïde : la personne a beaucoup de difficulté à s'attacher à d'autres personnes; personnalité limite : la personne fait preuve d'instabilité dans ses relations interpersonnelles et est souvent impulsive, parfois autodestructrice; personnalité obsessionnelle-compulsive : la personne est perfectionniste et se concentre sur les moindres détails en ne tenant pas compte des opinions des autres.

Bien que les troubles de la personnalité se manifestent différemment chez chaque personne, ils empêchent tous la personne touchée de vivre agréablement avec elle-même et son entourage. La personne déprimée et ayant un trouble de la personnalité a non seulement besoin de se sentir mieux, mais a aussi besoin de trouver de nouvelles façons de se découvrir et d'interagir avec le reste du monde. Dans ces situations, on encouragera souvent la personne concernée à avoir recours à la pharmacothérapie et à une forme de dialogue psychothérapeutique.

## **2 LES CAUSES DE LA DÉPRESSION – THÉORIES ACTUELLES**

---

Il n'existe pas de réponse simple pour expliquer les causes de la dépression, car plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans l'apparition de la maladie. Parmi ces facteurs, citons : l'hérédité ou les antécédents familiaux de dépression, une vulnérabilité psychologique ou affective, des facteurs biologiques, des événements de la vie ou des facteurs de stress liés au milieu de vie. Le fait de suivre un type de traitement, par exemple la prise d'antidépresseurs, ne signifie pas que la dépression est d'origine purement biologique. Il faut plutôt comprendre que la dépression peut souvent être efficacement traitée en se concentrant sur un aspect, comme la biochimie du cerveau. De même, le traitement recommandé dépend souvent de la gravité de la dépression. Dans le cas d'une dépression grave, il est difficile d'entreprendre un « dialogue psychothérapeutique ». Par conséquent, la première étape du traitement peut consister à prendre des médicaments pour passer par la suite à la psychothérapie. Cet enchaînement s'explique par le fait que lorsqu'on se sent mieux, on peut accepter de parler des problèmes ayant mené à la dépression.

Tout le monde possède un certain nombre de facteurs de « risque » ou de « vulnérabilité ». Plus une personne présente de facteurs de risque, plus elle éprouve du stress et plus elle risque de connaître un épisode de dépression. On parle d'un modèle de vulnérabilité au stress.

### **LE MODÈLE DE VULNÉRABILITÉ AU STRESS – FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉPRESSION**

#### **1. HÉRÉDITÉ ET ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

Les antécédents familiaux de dépression ne signifient pas que les enfants et les autres membres de la famille souffriront automatiquement de dépression majeure. Cependant, les personnes ayant de tels antécédents courent un risque légèrement plus élevé d'être déprimées au cours de leur vie. Plusieurs théories expliquent ce phénomène.

Des recherches en génétique laissent croire que la dépression peut être héréditaire. Des études portant sur des jumeaux élevés séparément ont démontré que si un des jumeaux souffrait de dépression, son frère courait de 40 à 50 p. 100 de risque de développer aussi la



maladie. Ces données, bien qu'elles soient modérées, indiquent que certaines personnes peuvent avoir une prédisposition génétique à la dépression.

Toutefois, il est peu probable que la seule prédisposition génétique entraîne la dépression. D'autres facteurs, comme une enfance traumatisante ou des événements dans la vie adulte, peuvent servir de déclencheurs. Ce que nous avons appris dans notre enfance peut aussi avoir des répercussions sur l'apparition de la dépression. Certaines personnes peuvent avoir constaté des symptômes de dépression chez leurs parents et avoir appris qu'il s'agissait d'un moyen de réagir à certains problèmes. Dans la vie adulte, ces personnes peuvent recourir à ce moyen pour affronter les facteurs de stress. Un enfant qui a grandi avec un parent ayant souffert de dépression courra 10 p. 100 de plus de risque de souffrir de la maladie. Si les deux parents ont fait une dépression, leurs enfants courent 30 p. 100 de plus de risque. *Il est important de souligner que ces chiffres sont moins élevés que dans le cas d'autres maladies héréditaires.*

Si vous avez des antécédents familiaux de dépression, il est important de vous renseigner sur cette maladie et de savoir quoi faire pour vous protéger.

## 2. VULNÉRABILITÉ PSYCHOLOGIQUE

Votre personnalité et votre façon de faire face aux problèmes peuvent contribuer à l'apparition de la dépression. Si vous êtes le genre de personne qui a une faible opinion d'elle-même et qui s'inquiète beaucoup, si vous dépendez exagérément des autres, si vous êtes perfectionniste et que vous êtes trop exigeant envers vous-même et les autres, ou si vous avez tendance à cacher vos sentiments, vous pouvez courir un risque plus élevé de faire une dépression.

## 3. ÉVÉNEMENTS DE LA VIE OU FACTEURS DE STRESS LIÉS AU MILIEU

Certaines études indiquent que les pertes et les traumatismes subis lors de la petite enfance, comme le décès ou la séparation des parents, ou les événements de la vie adulte, comme la disparition d'un être cher, le divorce, la perte d'un emploi, la retraite, les problèmes financiers importants et les conflits familiaux, peuvent mener à la dépression. Le fait de traverser plusieurs événements graves sur une période prolongée font augmenter les risques de développer un trouble dépressif. Il n'est pas rare qu'une personne en dépression se souvienne d'événements traumatisants survenus plus tôt dans sa vie, comme la perte d'un parent ou des mauvais traitements subis durant l'enfance, ce qui aggrave la dépression.

Les problèmes familiaux chroniques peuvent aussi avoir des répercussions graves sur l'humeur et faire apparaître des symptômes de dépression. Les personnes vivant de la violence psychologique ou physique au foyer peuvent se sentir prises au piège, tant sur le plan financier qu'affectif, et se sentir impuissantes quant à leur avenir. Cette situation touche particulièrement les mères de jeunes enfants. Le stress constant et l'isolement social liés à ces situations familiales peuvent causer des symptômes de dépression.

Une fois qu'une personne fait une dépression grave, elle peut avoir besoin de traitements intensifs avant de se sentir capable d'affronter la situation ou les stress qui ont déclenché l'épisode dépressif.

## 4. FACTEURS BIOLOGIQUES

La dépression peut se manifester après un bouleversement physiologique inhabituel, comme l'accouchement, une infection virale ou un autre type d'infection, d'où la théorie selon laquelle les déséquilibres hormonaux et chimiques du cerveau peuvent entraîner la dépression. Des études ont démontré qu'il existe des différences entre les degrés de certains agents biochimiques des personnes déprimées et des personnes non déprimées. Le fait que la dépression peut être soulagée grâce à des antidépresseurs et des électrochocs tend à soutenir cette théorie.

Le trouble affectif saisonnier représente un bon exemple de l'interaction entre la biologie et la personnalité dans l'apparition de la dépression. Des chercheurs étudient si les agents chimiques du cerveau chargés de régulariser l'humeur, le sommeil et l'appétit sont affectés par les changements du degré de luminosité. Des recherches ont démontré que les personnes souffrant de dépression saisonnière semblaient être très sensibles à leurs propres sentiments et aux événements les entourant et que ces réactions étaient amplifiées par les changements saisonniers au niveau de l'ensoleillement.

*Pour de nombreux patients et leur famille, il peut être très déroutant d'essayer de comprendre les diverses théories expliquant l'apparition de la dépression. Bien qu'aucune recherche n'ait encore pu expliquer à fond les causes de la dépression, il est important de savoir que des traitements efficaces sont quand même disponibles.*

## QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES SUR LA DÉPRESSION

### QUE DIRE DU SYNDROME PRÉMENSTRUEL (SPM), DE LA MÉNOPAUSE ET DE LA DÉPRESSION?

Les changements hormonaux durant le cycle menstruel des femmes ont souvent été associés aux symptômes de la dépression. Avant leurs règles (période prémenstruelle), les femmes peuvent éprouver des humeurs variables, de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'insomnie, ainsi que des crampes abdominales, des ballonnements et de la sensibilité mammaire. Chez les femmes qui ressentent la **tension prémenstruelle**, ces symptômes peuvent durer quelques jours avant de disparaître. Pour les femmes qui ont le **syndrome prémenstruel**, les symptômes sont plus graves et perturbent les activités quotidiennes. Une femme aux prises à la fois avec la dépression et les symptômes prémenstruels se sentira beaucoup moins bien durant cette période.

Durant la **ménopause**, soit une période de changements biologiques survenant dans la cinquantaine, les femmes doivent s'adapter aux effets de la réduction des hormones œstrogènes. Les symptômes de la ménopause, comme les bouffées de chaleur et les sueurs abondantes, peuvent rendre plus difficile le fonctionnement au travail et dans les activités sociales. La ménopause représente aussi une période durant laquelle les femmes peuvent devoir faire face à des problèmes psychologiques et à d'autres événements de la vie; les enfants peuvent quitter le foyer familial, le conjoint et les membres âgés de la famille peuvent avoir des problèmes de santé. La ménopause constitue aussi la fin de la capacité à avoir des enfants. Les facteurs de stress physiques et émotifs associés à la ménopause peuvent contribuer à l'apparition des symptômes de la dépression.

### EST-CE QUE LA DÉPRESSION PEUT SURVENIR À LA SUITE D'UNE AFFECTION PHYSIQUE?

Oui. Chez la personne malade, la dépression peut se manifester de trois façons différentes. Les symptômes de la dépression peuvent résulter d'une *autre maladie* entraînant des symptômes identiques, comme le lupus ou l'hyperthyroïdie. La dépression peut apparaître *en réaction à un autre problème de santé*, comme un cancer ou une crise cardiaque. Enfin, la dépression peut être *causée par une maladie*, comme un accident vasculaire cérébral, en cas d'altération neurologique. Peu importe la cause, la dépression en cours de maladie est souvent traitée par la prise d'antidépresseurs et d'autres formes de thérapies.

## EST-CE QU'ON TRAITE LA DÉPRESSION DIFFÉREMMENT CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES?

Oui. En général, on prescrit aux patients âgés des doses plus faibles, car ils sont plus sensibles aux médicaments, plus sujets à la confusion et tolèrent moins bien les effets secondaires. On doit en outre prendre en considération l'interaction médicamenteuse, car les patients âgés prennent souvent d'autres médicaments pour traiter leurs problèmes de santé.

### QUELS SONT LES EFFETS DE L'ALCOOL, DES DROGUES ILLICITES ET DES MÉDICAMENTS PRESCRITS SUR LA DÉPRESSION?

L'alcool, les drogues illicites et les médicaments prescrits peuvent apporter un soulagement temporaire des symptômes de la dépression. Toutefois, cette « automédication » ne fait que *masquer*, et parfois *empirer*, les symptômes de la dépression qui refont surface aussitôt que la consommation de ces substances cesse. Chez certaines personnes, la dépression peut être *provoquée* par la consommation d'alcool et d'autres drogues. Dans ces deux cas, la consommation en soi peut entraîner d'autres problèmes de santé et peut empêcher une personne de fonctionner. Dans la plupart des cas, on traite d'abord le problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Si la dépression persiste, on met alors l'accent sur le trouble de l'humeur.

### EST-CE QUE LES PERSONNES DÉPRIMÉES PEUVENT AUSSI SOUFFRIR D'ANXIÉTÉ?

Oui. Les deux tiers des personnes aux prises avec la dépression présenteraient aussi des symptômes importants d'anxiété.

En état de crise, la personne anxieuse ressent une profonde inquiétude difficile à maîtriser (*appréhensions*). Elle se sent agitée ou tendue avec les nerfs à vif. La personne anxieuse peut aussi se fatiguer facilement, avoir l'impression d'avoir la tête vide, se sentir irritable, ressentir de la tension musculaire et éprouver des problèmes de concentration et d'insomnie. La combinaison des symptômes de dépression et d'anxiété peut gravement perturber le fonctionnement d'une personne au travail, à l'école ou dans ses relations.

Si vous ressentez des symptômes liés à la dépression et à l'anxiété, un examen approfondi devrait permettre de déceler quel est votre **principal** problème. Le diagnostic déterminera le traitement à suivre. S'il est difficile d'établir le principal trouble, un diagnostic de trouble mixte d'anxiété et de dépression sera posé et un traitement sera prescrit en conséquence.

De nombreux médicaments utilisés pour traiter la dépression, comme le Prozac (fluoxétine) et l'Anafranil (clomipramine) ont aussi des effets bénéfiques sur l'anxiété. On pourrait aussi prescrire des médicaments destinés à réduire l'anxiété ou des **anxiolytiques**, comme l'Ativan (lorazépam). La thérapie cognitive du comportement, une thérapie à court terme, et le dialogue psychothérapeutique, décrits dans le prochain chapitre, ont donné des résultats très positifs dans le traitement de la dépression et de l'anxiété. Il y a d'autres traitements efficaces, notamment la thérapie de relaxation et les techniques de gestion du stress.

**BIEN QUE LA SOLITUDE ET L'ABSENCE DE SOUTIEN SOCIAL PUISSENT AVOIR UNE INCIDENCE SUR L'APPARITION ET LE MAINTIEN DE LA DÉPRESSION, LES PERSONNES DÉPRIMÉES SEMBLENT SOUVENT AGGRAVER LA SITUATION EN ÉVITANT LES AUTRES, CE QUI NE FAIT QU'ACCROÎTRE LEUR ISOLEMENT. COMMENT SE FAIT-IL QUE CE PROBLÈME SOIT SI COURANT?**

La plupart des personnes déprimées veulent qu'on les laisse seules. Les symptômes de la dépression font en sorte qu'il est très difficile et même stressant de fréquenter les amis et les membres de la famille et d'interagir avec eux. De plus, les personnes déprimées se sentent souvent coupables de leur problème et supposent que leur présence est intolérable pour les autres. Malheureusement, l'isolement social qui découle de cette situation ne fait qu'aggraver la dépression. Le rétablissement repose en partie sur l'encouragement des personnes déprimées à reprendre part à la vie sociale et à des activités de groupe structurées.

**EST-CE QUE LES PERSONNES DÉPRIMÉES DEVRAIENT S'EFFORCER DE CONTINUER À VAQUER À LEURS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES?**

Une personne légèrement déprimée, mais capable d'effectuer une partie ou la totalité de ses activités habituelles, devrait s'efforcer de le faire. Si la journée n'est pas structurée par

une routine, on peut revenir sans cesse sur ses problèmes et aggraver la dépression. Une personne gravement déprimée et dans l'impossibilité physique et psychologique d'effectuer ses activités quotidiennes devrait traiter sa dépression de la même manière qu'elle traiterait une maladie physique grave. C'est-à-dire de ne pas trop s'en demander, d'établir de petits objectifs quotidiens et de se reposer au besoin.

**EST-CE QU'ON PEUT RETROUVER SON ÉTAT NORMAL APRÈS UNE DÉPRESSION?**

La plupart des gens sont en mesure de reprendre leur niveau d'activités précédent. Pour les personnes ayant eu des épisodes de dépression grave, ou plusieurs épisodes de dépression, le rétablissement peut s'avérer beaucoup plus long. Comme première étape du rétablissement, il sera important de se fixer de petits objectifs atteignables, beaucoup moins ambitieux que ce qui aurait été accompli avant la dépression. On peut demander l'aide d'un professionnel pour élaborer un plan progressif pour le retour au travail, aux études ou aux activités de bénévolat.

**APRÈS UN ÉPISODE DÉPRESSIF, COURE-T-ON PLUS DE RISQUE DE FAIRE DES DÉPRESSIONS CLINIQUES?**

Les recherches montrent que les personnes ayant eu un épisode dépressif courent 50 p. 100 plus de risque de connaître un autre épisode au cours de leur vie. Après deux épisodes dépressifs, le risque de rechute est de 80 p. 100. *Bien que ces chiffres soient inquiétants, la meilleure protection contre la rechute est de comprendre que la dépression est une maladie qui doit être prise en charge la vie durant, même au cours des périodes de santé.* Voilà pourquoi il est si important que les patients et leurs proches soient informés à propos de ce problème et des stratégies de prévention des rechutes.

**QUESTIONS COURANTES SUR LES CRISES AIGÜES**

**QUE DOIT-ON FAIRE LORSQU'ON PENSE AU SUICIDE OU QU'ON VEUT S'EN PRENDRE À D'AUTRES PERSONNES?**

Lorsqu'on est déprimé au point de souhaiter la mort ou lorsqu'on pense à des façons de se suicider ou de tuer d'autres personnes, il faut en parler à son médecin sur-le-champ. Si on

n'a pas de médecin, il faut téléphoner à un centre détresse-secours ou se rendre à l'urgence de l'hôpital général ou psychiatrique le plus près. Il est important de parler à quelqu'un ayant un point de vue plus objectif. Les pensées suicidaires découlent de la dépression qui influe sur la façon de se voir et de percevoir ce qui nous entoure.

### **EST-CE QU'ON HOSPITALISE LES PERSONNES SUICIDAIRES CONTRE LEUR GRÉ ?**

La plupart des personnes suicidaires reconnaissent qu'elles ont besoin de traitement et trouvent que l'hôpital est un endroit sûr pour attendre que leur humeur se stabilise. Toutefois, dans la plupart des territoires, si on n'admet pas avoir besoin d'être hospitalisé, ou si une fois hospitalisé on veut sortir pour s'en prendre à soi-même ou à d'autres personnes, un médecin peut légalement empêcher qu'on sorte de l'hôpital jusqu'à ce qu'on soit hors de danger. L'attestation du médecin couvrira une période aussi longue que nécessaire. Dans la plupart des hôpitaux, les patients peuvent consulter un conseiller en matière de droits ou avoir accès à un processus d'appel pour remettre en question l'hospitalisation forcée.

### **EST-CE QU'ON EST COMPLÈTEMENT RÉTABLI LORSQU'ON QUITTE L'HÔPITAL ?**

Probablement pas. La plupart des patients sont gardés à l'hôpital seulement pour que les symptômes aigus, comme les pensées suicidaires, soient maîtrisés et traités par les médicaments. On planifie ensuite un suivi régulier des patients par des professionnels de la santé mentale au sein de la collectivité. Comme le processus de rétablissement demande du temps et qu'il est important que les patients reprennent les activités normales à la maison, les séjours à l'hôpital sont aussi courts que possible. De plus, certaines personnes déprimées peuvent être trop indisposées par le milieu hospitalier, la présence d'autres malades et le fait d'être éloignées des amis et de la famille pour tirer avantage d'un séjour prolongé à l'hôpital.

## **3 LES TRAITEMENTS**

---

Les personnes déprimées consultent souvent leur médecin de famille ou un généraliste en premier lieu. Dans les cas moins graves, les médecins de famille peuvent évaluer et traiter les patients sans les hospitaliser, en prescrivant des médicaments ou des thérapies. Ils peuvent diriger les patients vers des ressources communautaires (services de consultation et centres de jour).

Lorsque les symptômes de dépression sont plus graves, le médecin de famille peut diriger son patient vers un psychiatre qui pourra le traiter en consultation externe ou, si nécessaire, l'hospitaliser.

Au moment de décider du meilleur traitement, le médecin tiendra compte de la gravité de la maladie, des événements pouvant avoir déclenché son apparition et, le cas échéant, des traitements suivis antérieurement.

Les traitements les plus souvent utilisés sont la pharmacothérapie (médicaments), la psychopédagogie, la psychothérapie et les électrochocs. Ces traitements peuvent être utilisés individuellement ou combinés. Il est très utile que les proches de la personne déprimée en apprennent plus sur cette maladie, soit en lisant de la documentation, en participant à des groupes de soutien familial et de sensibilisation ou en parlant à un professionnel de la santé mentale.

## **INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES**

### **PSYCHOTHÉRAPIE**

On a souvent recours à la psychothérapie et aux médicaments pour traiter la dépression. La psychothérapie est un générique servant à décrire une forme de traitement basée sur le « dialogue » entrepris avec un thérapeute. La psychothérapie vise à soulager la détresse en discutant et en exprimant les sentiments, à changer les attitudes, les comportements et les habitudes qui peuvent être nuisibles, et à promouvoir des façons plus constructives ou adaptées de s'en sortir. Pour que la psychothérapie soit efficace, la relation avec le thérapeute doit être fondée sur le soutien et la confiance. Les médecins, les travailleurs

sociaux, les psychologues et les autres professionnels de la santé mentale ont reçu une formation concernant les différentes formes de psychothérapies et peuvent travailler dans les hôpitaux, dans les cliniques et en cabinets privés.

Il existe différentes formes de psychothérapie. Les **thérapies à court terme** peuvent habituellement durer jusqu'à 16 semaines. Ces traitements comprennent la thérapie interpersonnelle et la thérapie cognitive du comportement. Ces traitements mettent l'accent sur les problèmes actuels, plutôt que sur les problèmes de l'enfance. Dans la thérapie interpersonnelle, on examine la dépression par rapport aux relations qui peuvent contribuer aux troubles de l'humeur. La thérapie cognitive du comportement aide les personnes à examiner leur façon d'interpréter les événements et la manière dont les pensées négatives contribuent à l'apparition et au maintien de la dépression. Dans les deux formes de traitement, le thérapeute joue un rôle actif alors qu'il oriente les discussions. Les recherches ont montré que ces thérapies étaient très efficaces pour traiter la dépression.

La **thérapie à long terme** est moins structurée et peu durer plus d'un an. Le patient a une plus grande liberté pour parler de ses diverses préoccupations concernant le passé et le présent. En général, le thérapeute aide la personne à comprendre comment les événements actuels déclenchent des souvenirs d'enfance qui peuvent aujourd'hui porter atteinte à son rendement au travail, aux études ou dans ses relations. Dans cette forme de traitement, le thérapeute est moins directif et fait un minimum de commentaires, se contentant de guider le patient vers ses propres réponses.

La thérapie peut aussi être offerte en groupe. Le fait de rencontrer huit à douze autres personnes ayant des problèmes semblables peut aider à réduire le sentiment d'isolement. Dans son réseau social naturel, une personne peut ne pas disposer du soutien, de la compréhension et des commentaires offerts dans la thérapie de groupe. Les groupes sont généralement dirigés par un ou deux professionnels de la santé mentale qui guident le groupe et offrent une structure et des directives au besoin. Certains groupes peuvent mettre l'accent sur le processus, c'est-à-dire qu'ils se concentrent sur les questions soulevées par des membres du groupe chaque semaine, plutôt que de suivre un programme établi. D'autres groupes peuvent être assez structurés, comme les groupes qui suivent une thérapie cognitive du comportement. Les membres de ces groupes suivent un processus progressif et sont souvent guidés par un manuel leur indiquant comment mettre l'accent sur les attitudes et les comportements qui contribuent à

l'apparition et au maintien de la dépression. Les groupes structurés n'utilisent cependant pas tous un manuel.

Qu'il s'agisse d'une thérapie à court ou à long terme, la psychothérapie peut être utilisée en combinaison avec des médicaments et peut aider à résoudre des problèmes pouvant contribuer à la dépression et avoir des effets négatifs sur la vie en général.

## COMMENT CHOISIR UN PSYCHOTHÉRAPEUTE ?

Le temps et les efforts consacrés à trouver un psychothérapeute avec qui on se sent à l'aise valent la peine. Il faut parler avec son médecin de famille au sujet des thérapeutes de la région. Les thérapeutes incluent : les psychiatres (qui offrent la pharmacothérapie et la psychothérapie), les psychothérapeutes généralistes, les travailleurs sociaux privés, les psychologues et les autres professionnels de la santé mentale. En communiquant avec le service des consultations externes des hôpitaux généraux et psychiatriques de la région, on peut savoir si on y offre des psychothérapies individuelles ou de groupe. L'association locale pour la santé mentale peut offrir un service d'orientation. Enfin, il ne faut pas négliger les renseignements transmis par le « bouche à oreille » qu'on pourra obtenir des organismes d'entraide et des autres personnes aux prises avec la dépression.

## PSYCHOPÉDAGOGIE

La psychopédagogie consiste en un processus par lequel les gens apprennent des faits et obtiennent des renseignements sur la dépression et ont en outre l'occasion de parler de leurs sentiments concernant l'adaptation à la dépression et la vie avec cette maladie. Par exemple, il n'est pas rare que des personnes vivent un fort sentiment de peur ou de dénégation après avoir appris qu'elles faisaient une dépression. Souvent, le fait de parler librement de ces sentiments aide les gens à y faire face et à mieux suivre leur traitement, car ils le comprennent. La psychopédagogie peut se faire en groupe ou individuellement, avec un médecin, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé mentale.

La psychopédagogie peut aussi aider les proches à comprendre ce que vit la personne déprimée. Ils sont informés des symptômes de la dépression, de son traitement, de ce qu'ils peuvent faire pour aider et des limites de leur aide. Les membres de la famille peuvent

rencontrer le médecin ou le thérapeute ou participer à un groupe de soutien familial ou de sensibilisation.

Enfin, la psychopédagogie aide les patients et leur famille à répondre à leurs préoccupations concernant les préjugés associés à la maladie mentale. Bien qu'on ait mis l'accent sur la sensibilisation du public au cours des dernières années, beaucoup de personnes ne comprennent pas que la dépression est une maladie et se sentent mal à l'aise d'en discuter. Il est important que les patients et leur famille aient accès à un endroit sûr pour discuter de la question et décider des renseignements à échanger à l'extérieur de la famille.

## **INTERVENTIONS FAMILIALES**

La dépression peut avoir des répercussions profondes tant sur les personnes malades que sur les membres de leur famille. Durant un épisode aigu, les proches peuvent devoir assumer le rôle et les responsabilités de la personne malade. Lorsque la personne se rétablit, les proches peuvent avoir de la difficulté à reprendre leurs anciennes habitudes. Parfois, les sentiments au sujet de ce qui s'est passé et les craintes à l'endroit de l'avenir font qu'il est difficile de « revenir à la normale ». Cette situation peut entraîner des conflits conjugaux ou familiaux. En outre, les facteurs de stress préexistants dans la famille ou le couple peuvent avoir contribué à l'apparition de l'épisode dépressif. Dans un tel cas, il peut être adéquat d'avoir recours à des services de consultation conjugale ou familiale.

## **ORGANISMES D'ENTRAIDE**

Les rencontres informelles avec d'autres personnes qui comprennent les problèmes et les défis liés à la dépression représentent une partie importante du traitement et du rétablissement, tant pour les personnes déprimées que pour les membres de leur famille. On trouve habituellement dans les grandes villes des organismes d'entraide, dirigés par des clients du système de santé mentale et leur famille. Ces organismes peuvent avoir des centres dans les plus petites municipalités. Ils publient souvent des bulletins pouvant être envoyés aux personnes vivant dans des collectivités éloignées. Le fait de participer à de tels groupes peut réduire le sentiment d'isolement et offrir l'occasion de profiter de l'expérience des autres membres du groupe. Pour bon nombre de personnes, la participation volontaire à ces organismes et le partage des connaissances acquises lors de la dépression

peuvent aussi représenter des expériences stimulantes. On peut trouver les coordonnées des organismes d'entraide par l'entremise de l'association pour la santé mentale de la localité, des services communautaires pour la santé mentale ou d'un médecin de famille.

## **TRAITEMENTS BIOLOGIQUES**

### **MÉDICAMENTS**

Les médicaments antidépresseurs peuvent soulager et faire disparaître les symptômes de la dépression. Comme la dépression est une maladie complexe, de nombreux psychiatres se spécialisent maintenant dans la biologie de la dépression et la médication. Il est important d'être à l'aise avec le médecin prescripteur afin de pouvoir poser des questions sur les médicaments, leur efficacité et leurs effets secondaires.

Au cours des années 1950, des médecins ont découvert que l'*iproniazide*, un médicament utilisé dans le traitement de la tuberculose, permettait aussi d'améliorer l'humeur des patients. L'*iproniazide* fait partie de la famille des antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) qui agissent en stimulant plusieurs neurotransmetteurs. Les neurotransmetteurs sont les molécules du cerveau qui permettent aux cellules de communiquer chimiquement entre elles et, dans certains cas, de régulariser notre humeur. Des recherches ont révélé que les personnes déprimées n'ont pas assez de neurotransmetteurs sérotoninergiques et que le fait d'aider le cerveau à produire plus de sérotonine semblait faire diminuer la dépression. Toutefois, le cerveau est très complexe et la sérotonine ne représente qu'un des 500 neurotransmetteurs. On doit effectuer d'autres recherches scientifiques pour découvrir de quelle façon la chimie du cerveau contribue à la dépression.

Bien que de nombreuses questions restent sans réponse, les médicaments donnent des résultats positifs dans le traitement de la dépression, qu'ils soient pris seuls ou dans le cadre d'une psychothérapie. Grâce à une intervention précoce, les médicaments peuvent prévenir des épisodes dépressifs graves et permettre aux patients de conserver leurs capacités d'adaptation. Les médicaments permettent aussi une meilleure utilisation des dialogues psychothérapeutiques lorsque les personnes déprimées sont refermées sur elles-mêmes. Dans les cas de dépressions graves, les médicaments permettent de soulager les symptômes et de rétablir l'humeur des patients à un niveau plus acceptable, leur permettant ainsi de reprendre leurs activités quotidiennes.



Souvent, les gens craignent que les antidépresseurs créent de l'accoutumance ou de la dépendance. Les antidépresseurs ne créent pas d'accoutumance et jouent un rôle important dans le traitement de la dépression. Bon nombre de personnes hésitent à prendre des médicaments, car elles croient que le besoin d'en prendre est un signe de faiblesse. Cette perception des choses montre qu'elles voient la dépression comme une faiblesse de caractère, plutôt qu'un trouble médical véritable. La dépression est une maladie qui, si elle n'est pas traitée, peut s'aggraver considérablement et devenir mortelle.

Même les patients qui acceptent de prendre des médicaments peuvent trouver que les effets secondaires désagréables rendent difficile l'assiduité au traitement. Les effets secondaires courants des antidépresseurs de l'ancienne génération comprennent la sécheresse de la bouche, la constipation, la difficulté à uriner et la vision trouble. Ces effets secondaires sont **anticholinergiques**. Bien que les antidépresseurs de l'ancienne génération donnent d'aussi bons résultats que ceux de la nouvelle génération, les patients cessent souvent de les prendre en raison des effets secondaires.

Voilà pourquoi un groupe de nouveaux médicaments a été conçu. Ces médicaments causent moins d'effets secondaires et sont plus tolérables, notamment : maux de tête, insomnie, anxiété, sédation et dysfonctionnement sexuel. Une partie importante de l'évaluation et du traitement consiste à déterminer quel médicament conviendra le mieux au patient. Très peu de personnes continueront de prendre un médicament si les effets secondaires sont intolérables. *Si vous ressentez de forts effets, il est important de consulter votre médecin, plutôt que de cesser de prendre vos médicaments. Bien que les antidépresseurs ne créent pas de dépendance, le fait d'arrêter soudainement de les prendre peut entraîner des réactions désagréables et éventuellement une moins bonne réaction à la prise ultérieure de médicaments.*

Pour obtenir les meilleurs résultats de la médication, le médecin augmentera graduellement la dose jusqu'au maximum pour créer un effet thérapeutique. On parle alors d'**optimisation**. Contrairement à d'autres médicaments qui soulagent les symptômes très rapidement, les antidépresseurs prennent généralement deux semaines ou plus pour agir. Habituellement, les patients ressentent d'abord des effets secondaires, puis un soulagement par la suite, ce qui peut les décourager ou les démoraliser. Les effets secondaires peuvent être atténués par la prise d'autres médicaments, en modifiant la dose ou, si nécessaire, en changeant de médicament. Bien que les effets secondaires puissent être ennuyeux, ils indiquent que le corps absorbe le produit et que celui-ci commence à faire effet.

En plus d'optimiser la posologie, le médecin peut **augmenter** la dose, ou accroître les effets en ajoutant un autre médicament. À titre d'exemple, on peut donner du lithium pour augmenter les effets de l'antidépresseur principal.

Les recherches semblent indiquer que les patients réagiront tout aussi bien à toutes les catégories d'antidépresseurs, mais toléreront certains médicaments mieux que d'autres. Il n'est pas rare que des patients essaient au moins deux médicaments avant d'en trouver un qui convienne. Pour certains patients qui ont une forte **sensibilité au dosage** (c'est-à-dire qu'ils réagissent même aux plus légères variations de la quantité de médicament dans leur organisme), il est important de prendre le médicament à la même heure chaque jour. Une fois que le médicament a soulagé les symptômes de la dépression, on recommande souvent que les patients continuent de prendre le médicament pendant au moins un an afin d'éviter les rechutes.

## LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ANTIDÉPRESSEURS

Dans la présente section, on effectuera un survol des médicaments en donnant des exemples de leurs dénominations communes, ainsi que de leurs dénominations commerciales au Canada. Les dénominations commerciales varient d'un pays à l'autre. On peut trouver de plus amples renseignements dans les livres de David Healy, *Psychiatric Drugs Explained* (London : Mosby, 1993) ou de Jack Gorman, *The Essential Guide to Psychiatric Drugs* (New York : St. Martin's Griffin, 1997).

### LES MÉDICAMENTS DE L'ANCIENNE GÉNÉRATION

#### IMAO – INHIBITEURS DE LA MONOAMINE-OXYDASE

Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase, ou les IMAO, comme le Nardil (phénelzine) et le Parnate (tranylcypromine) ont été les premiers antidépresseurs. Les IMAO bloquent l'action de la monoamine-oxydase, une enzyme qui dégrade certains neurotransmetteurs du cerveau. En contrant cette dégradation des enzymes, les IMAO font **augmenter** le nombre et la disponibilité des neurotransmetteurs, ce qui aide au traitement de la dépression. On prescrit encore des IMAO, souvent pour le traitement de la *dépression atypique*.

Il est important de savoir que les IMAO affectent aussi le processus de la digestion et de la transformation des aliments qui contiennent de la tyramine, comme les fromages vieilliss

et fermentés, les viandes fumées et certaines bières. En grande quantité, la tyramine peut être toxique et peut entraîner une élévation dangereuse de la tension artérielle. La monoamine-oxydase nous protège de la tyramine. Comme les IMAO entravent l'action de la monoamine-oxydase, les patients qui prennent ces médicaments doivent éviter de consommer les aliments susmentionnés. Cette restriction signifie qu'on prescrit les IMAO seulement lorsque d'autres médicaments n'ont pas été efficaces.

#### **ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES**

Le deuxième groupe de médicaments conçus pour traiter la dépression se compose des antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques. Ils comprennent l'Elavil (amitriptyline), le Ludiomil (maprotiline) et le Tofranil (imipramine). Comme les médicaments de ce groupe ont tendance à causer plus d'effets secondaires que les médicaments plus récents et plus raffinés, on se tourne rarement vers eux comme première option de traitement. Cependant, certains patients tolèrent bien ces médicaments et les trouvent très efficaces. Les antidépresseurs tricycliques ont tendance à être plus sédatifs et sont associés aux effets secondaires anticholinergiques. Ces médicaments peuvent aussi causer une prise de poids et des étourdissements.

#### **LES AGENTS PLUS RÉCENTS**

##### **LES INHIBITEURS SPÉCIFIQUES DU RECAPTAGE DE LA SÉROTONINE**

Ce groupe de médicaments plus récents constitue habituellement le premier choix en matière de traitement de la dépression et il comprend le Prozac (fluoxétine), le Paxil (paroxétine), le Luvox (fluvoxémine) et le Zoloft (sertraline). Ces médicaments ne causent habituellement pas d'effets secondaires anticholinergiques comme les antidépresseurs tricycliques. Bien que ces médicaments soient très efficaces, les patients peuvent ressentir au début des effets secondaires, comme des nausées, des problèmes de digestion et des maux de tête. D'autres patients peuvent développer des troubles du sommeil, comme des problèmes à s'endormir ou des réveils fréquents durant la nuit.

#### **D'AUTRES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS RÉCENTS**

De nombreux médicaments récents se sont montrés efficaces pour le traitement de la dépression. Ces médicaments n'entrent pas dans une catégorie précise, car ils touchent plusieurs systèmes différents dans le cerveau. Ils comprennent l'Effexor (venlafaxine), le Wellbutrin (bupropionne), le Manerix (mocobémide) et le Serzone (néfazodone) et ils peuvent causer moins d'effets secondaires que les IMAO et les antidépresseurs tricycliques.

## **QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES SUR LES MÉDICAMENTS**

### **EST-CE QUE LES ANTIDÉPRESSEURS PEUVENT INTERAGIR AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS?**

Il est toujours important de poser des questions à son médecin au sujet des interactions médicamenteuses éventuelles. Lorsqu'on prend des IMAO, il ne faut pas utiliser de décongestionnant nasal, d'analgésique ni d'autres antidépresseurs. Lorsqu'on prend des médicaments pour la tension artérielle ou qu'on doit subir une intervention chirurgicale sous anesthésie, il faut dire à son médecin qu'on prend des IMAO.

### **EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS SONT SANS DANGER DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT?**

La situation de chaque femme est particulière et devrait faire l'objet d'une discussion avec le médecin traitant. Des recherches ont indiqué que les antidépresseurs les plus récents, comme le Prozac, sont habituellement sûrs durant la grossesse. Les médicaments les plus anciens n'ont pas fait l'objet d'études poussées; donc on n'a pas bien élucidé les risques pour l'enfant à naître. Le fait que les médicaments plus anciens peuvent faire baisser la tension artérielle représente un autre problème, car cette baisse de tension survient aussi naturellement durant la grossesse. Ces effets combinés pourraient représenter un risque pour la mère. Durant l'allaitement, les antidépresseurs ne sont pas nécessairement contre-indiqués, car l'organisme filtre le lait maternel pour y éliminer beaucoup d'impuretés et seulement 30 p. 100 des médicaments peuvent être détectés dans le lait. Toutefois, comme les organes du nouveau-né sont encore immatures, il pourrait être plus sage de donner le biberon au bébé ou du moins combiner l'allaitement maternel et les préparations lactées.

Chez toutes les femmes enceintes ayant des antécédents de dépression, la question des antidépresseurs en cours de grossesse se résumera habituellement par l'analyse des risques et des avantages. Si le fait de *ne pas* prendre d'antidépresseurs durant la grossesse signifie que le risque de rechute est élevé et que la mère aura un épisode dépressif grave, ce qui pourra affecter les soins prénatals et la capacité de la mère à s'occuper du nouveau-né,



alors les avantages des antidépresseurs peuvent l'emporter sur les risques. Cette analyse est particulièrement vraie en ce qui concerne le sommeil, qui peut être gravement troublé durant la dépression et devenir un problème important pour les femmes enceintes et les nouvelles mères. Les femmes qui se sentent mal à l'aise de continuer à prendre des médicaments peuvent choisir d'abandonner la prise de médicaments pour une période d'essai tout en surveillant de près leur humeur. Le choix revient à chaque femme qui doit aussi consulter son médecin.

### **QUE PENSER DES MÉDICAMENTS ET DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION DURANT LA MÉNOPAUSE?**

La dépression durant la ménopause peut être causée par des facteurs hormonaux et psychologiques. Les antidépresseurs peuvent aider à apaiser les symptômes de la dépression. L'hormonothérapie substitutive peut aussi être efficace. Les dialogues psychothérapeutiques et les groupes de soutien et de sensibilisation peuvent aussi aider les femmes à mieux comprendre cette étape de leur vie, à s'adapter aux symptômes et à s'ajuster aux autres changements qui peuvent avoir des répercussions sur leur humeur.

### **QUE PENSER DES MÉDICAMENTS ET DE LA CONDUITE AUTOMOBILE?**

Il faut demander à son médecin si les médicaments peuvent causer de la somnolence. La dépression en soi peut entraîner de la fatigue et des problèmes de concentration, ce qui affecte la capacité de conduire. L'autosurveillance est importante, c'est-à-dire qu'il faut surveiller les symptômes afin de pouvoir prendre de bonnes décisions concernant sa capacité de conduire et de rester vigilant sur la route.

### **EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS INTERAGISSENT AVEC LA CAFÉINE?**

Certains IMAO et inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine peuvent légèrement interagir avec la caféine. Même si on prend des médicaments d'une autre catégorie, il est préférable de boire du café et des boissons décaféinés. La caféine en soi peut causer des problèmes lorsqu'on souffre de dépression ou d'anxiété. La dépression perturbe le sommeil et la caféine, un stimulant, peut aggraver le problème.

### **QUE PENSER DES MÉDECINES DOUCES OU PARALLÈLES?**

De plus en plus de personnes s'intéressent aux plantes médicinales ou à la médecine douce pour traiter la dépression. Certains essais cliniques effectués en Europe ont montré que le millepertuis était efficace pour le traitement de la dépression légère. Toutefois, les recherches sont limitées et il n'est pas facile d'obtenir des renseignements sur l'efficacité de ce traitement et des autres formes de phytothérapie. En Amérique du Nord, un autre problème se pose, car l'industrie des herbes médicinales n'est pas réglementée. Cette absence de réglementation signifie que la concentration des produits à base d'herbes médicinales en vente libre varie grandement d'un fabricant à l'autre. Lorsqu'on s'intéresse aux produits à base de plantes médicinales, il est important d'en parler à son médecin. Il est bon que le médecin s'y connaisse en matière de médecine parallèle, car les produits à base d'herbes peuvent interagir avec les autres médicaments.

Beaucoup de personnes obtiennent aussi de bons résultats avec des techniques de relaxation et des stratégies de gestion du stress. D'autres trouvent que la massothérapie et l'acupuncture aident à soulager certains symptômes liés à la dépression, comme l'anxiété.

### **LA PHOTOTHÉRAPIE ET LE TROUBLE AFFECTIF SAISONNIER**

La photothérapie consiste à s'exposer une demi-heure chaque jour à une lumière spéciale. Elle peut soulager 65 p. 100 des personnes ayant un trouble affectif saisonnier.

### **LES ÉLECTROCHOCs**

Les électrochocs sont un traitement de longue date efficace et méconnu pour la dépression aiguë. On en a fait à la fois l'éloge et la critique dans le milieu de la santé mentale et les médias. À leurs débuts, les électrochocs représentaient une méthode plus rudimentaire qui entraînait des pertes de mémoire à court et à long terme. Toutefois, pour la plupart des patients, les problèmes de mémoire renaissent dans l'ordre dans les six mois.

Aujourd'hui, les électrochocs demeurent le traitement le plus efficace pour la dépression majeure. Cependant, on considère cette méthode en dernier recours en raison des craintes

et des idées préconçues. Les médecins traitent habituellement les patients à l'aide de méthodes moins perturbantes, comme les médicaments, avant d'utiliser les électrochocs.

Les électrochocs ne ressemblent pas à la thérapie montrée dans des films comme *Vol au-dessus d'un nid de coucou*. Aujourd'hui, les patients reçoivent des relaxants musculaires et sont placés sous anesthésie générale avant qu'un léger choc électrique soit administré à l'un ou aux deux côtés du cerveau. Il n'y a aucun mouvement visible chez la personne traitée.

On ne sait pas très bien pourquoi les électrochocs sont efficaces, mais après environ cinq séances, habituellement reçues tous les deux jours, l'humeur de la plupart des patients commence à s'améliorer. Une douzaine de séances ou plus peuvent être offertes, selon la réaction du patient. Beaucoup de patients gravement déprimés, déçus par l'échec de la médication, trouvent que les électrochocs leur donnent un « coup de fouet » pour les sortir de leur état dépressif aigu. On peut ensuite maintenir les résultats avec des médicaments, des traitements d'électrochocs occasionnels et de la psychothérapie ou de la thérapie de réadaptation.

## 4 LE RÉTABLISSMENT ET LA PRÉVENTION DES RECHUTES

---

### LE PROCESSUS DE RÉTABLISSMENT

Les personnes qui se remettent d'une légère dépression reprennent habituellement leurs activités et leurs responsabilités assez facilement. Le rétablissement à la suite d'une dépression plus grave et plus longue peut se faire sur une période prolongée et demander plus de temps. Une période de maladie prolongée peut diminuer la confiance en soi et faire en sorte que la personne touchée se sente inquiète et vulnérable dans des situations où elle se sentait auparavant à l'aise. La dépression peut rendre les personnes dépendantes de leur entourage. Les personnes sont souvent surprises de constater à quel point elles sont effrayées à la perspective de redevenir indépendante et de reprendre leurs responsabilités.

Il est important de reconnaître que ces réactions font normalement partie de la phase de rétablissement d'une dépression. *Il faut vous accorder la permission de diminuer vos attentes; vous vous rétablissez d'une maladie grave.* Comme la reprise graduelle des activités à la suite d'une fracture d'une jambe, l'augmentation graduelle des activités à la suite d'un épisode dépressif permettra de reprendre lentement ses responsabilités et de regagner la confiance en soi. Certaines personnes se dépêchent de retourner à un emploi du temps chargé afin de se prouver, et de prouver aux autres, qu'elles sont complètement rétablies. Cette « ruée vers la santé » les bouleverse et les épuise. Lorsque les attentes envers soi-même sont trop élevées, ou qu'on veut que tout soit parfait, on est susceptible d'être déçu par le rythme de son rétablissement et de se sentir désespéré et démoralisé quand les choses ne se passent pas comme prévu.

Il ne faut pas oublier que le rétablissement est un processus et non pas un événement distinct. Il faut d'abord reprendre des activités familières et avoir des attentes modestes. Lorsqu'on reprend ses activités sociales, professionnelles ou scolaires, il est normal de ressentir de l'anxiété. Il faut se pardonner ses erreurs. On peut faire appel à un travailleur social, à un ergothérapeute ou à une infirmière pour planifier une stratégie de rétablissement pouvant inclure du bénévolat, des activités de loisirs, des cours et du travail à temps partiel ou éventuellement à temps plein.

## PRÉVENTION EFFICACE DE LA RECHUTE

Malheureusement, les personnes qui ont fait une dépression majeure risquent de connaître d'autres épisodes de cette maladie. *Il est important de profiter des périodes de bien-être pour prévenir la rechute de façon active.* La dépression, tout comme les maladies telles que le diabète, exige une « autosurveillance », c'est-à-dire qu'il faut faire attention à ses sentiments de façon à détecter rapidement une rechute éventuelle et peut-être prévenir un épisode dépressif.

**1. Informez-vous sur la maladie et les traitements disponibles.** Lisez tout ce que vous pouvez sur la dépression et son traitement. S'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas, parlez-en à des professionnels de la santé mentale.

**2. Pour prévenir la rechute, surveillez vos changements d'humeur, dressez une liste de vos signaux d'avertissement et reconnaissez les activités qui ont des effets bénéfiques sur votre humeur.** Lorsque vous vous sentez mieux, soyez attentif à vos variations d'humeur. Il ne faut pas ignorer les changements, comme les troubles du sommeil ou les pensées négatives, qui peuvent indiquer une rechute éventuelle. Sachez quelles activités ont pour effet de stabiliser ou d'améliorer votre humeur et intégrez-les à vos activités quotidiennes. Par exemple, si les sorties avec votre chien ou les visites à vos amis sont bénéfiques, il faudra intégrer ces activités à vos habitudes.

**3. Si on vous a prescrit des médicaments, continuez de les prendre jusqu'à ce que votre médecin vous dise de cesser.** Souvent, les patients qui commencent à se sentir mieux cessent de prendre leurs médicaments. Le risque de rechute est plus élevé lorsqu'on cesse trop tôt de prendre ses médicaments. Les médecins recommandent habituellement de prendre les médicaments de six mois à un an après un épisode dépressif. Dans certains cas, on peut recommander la prise d'antidépresseurs pendant plusieurs années. Si vous ressentez des effets secondaires, il pourrait être tentant d'arrêter de prendre vos médicaments. Ne prenez pas une telle décision seul; discutez avec votre médecin pour élaborer un plan de traitement avec lequel vous serez à l'aise.

**4. Un mode de vie sain est important : une bonne nutrition, de l'exercice et de bonnes habitudes de sommeil.** Il serait logique d'accorder une attention particulière à votre mode de vie si vous souffrez de dépression. La fatigue sera aggravée par une carence alimentaire ou une mauvaise alimentation. Des recherches ont montré que l'exercice régulier avait un effet positif sur l'humeur.

Si vous avez de la difficulté à vous endormir, à rester endormi ou à vous rendormir après vous être réveillé tôt le matin, il est important d'acquérir de bonnes habitudes de sommeil. La répétition des mêmes habitudes chaque soir peut aider à retrouver un meilleur sommeil. Essayez de vous coucher toujours à la même heure. Évitez les activités stimulantes avant le coucher. Réglez vos factures, terminez vos travaux ou ayez vos discussions importantes plus tôt dans la journée ou la soirée. Bon nombre de personnes trouvent que les exercices de relaxation, une lecture agréable ou une boisson chaude sans caféine avant d'aller au lit permettent d'avoir un esprit reposé. Prévoyez un certain temps avant de vous endormir et n'anticipez pas de difficultés à vous endormir, car ces pensées ne feront qu'aggraver votre anxiété. Pour certaines personnes, les somnifères procurent un soulagement et leur permettent de prendre le repos nécessaire dont elles ont été privées en raison de leur dépression.

**5. Réfléchissez aux traits de votre personnalité qui pourraient vous amener à avoir des pensées négatives.** Si vous avez tendance à percevoir les circonstances et les événements d'une façon beaucoup trop négative, si vous vous inquiétez beaucoup, si vous avez de la difficulté à exprimer vos sentiments, ou si vous avez tendance à être inflexible ou perfectionniste, vous pourriez tirer davantage d'une psychothérapie. La psychothérapie peut vous permettre d'apprendre à aborder ces problèmes et à mettre l'accent sur vos points forts.

**6. Vous ne pouvez pas éviter le stress, mais vous pouvez apprendre à mieux y faire face en adoptant de nouvelles stratégies.** Beaucoup de personnes déprimées ont tendance à n'avoir qu'une stratégie d'adaptation. Par exemple, elles cachent leurs inquiétudes et évitent d'aborder les problèmes. Cette stratégie peut fonctionner dans certains cas, mais pas à tout coup. Dans la mesure du possible, essayez d'adopter d'autres stratégies. Réglez les problèmes au fur et à mesure. Le fait de les éviter entraîne une accumulation de stress. Soyez réaliste quant à vos limites d'absorption du stress. Efforcez-vous de reconnaître les aspects de vos relations qui pourraient être malsains et, si possible, essayez d'éviter les situations qui pourraient déclencher une rechute.

**7. N'oubliez pas que les relations sérieuses et le soutien social sont importants pour que vous ayez confiance en vous et soyez heureux.** Le fait de passer trop de temps seul peut contribuer à la dépression et à la rechute. Par contre, la dépression fait souvent en sorte que les gens veulent s'isoler. Un bon réseau social et de soutien peut avoir un effet tampon contre la dépression. Essayez d'éviter de passer trop de temps seul et entretenez les liens avec votre réseau social.

Le choix des personnes à qui on parle de sa dépression est très personnel. Bien que la maladie mentale soit certainement mieux perçue qu'elle ne l'était par le passé, elle préoccupe encore beaucoup de gens. Toutefois, pour se protéger de la rechute, il est important de pouvoir compter sur au moins une personne à qui se confier. En plus des membres de la famille et du soutien des professionnels, bon nombre de personnes déprimées trouvent que les groupes d'entraide et de soutien occupent une place importante dans leur réseau social.

**8. Essayez d'avoir une vie équilibrée et de consacrer suffisamment de temps au travail, à la famille, aux amis et aux loisirs.** Il peut sembler facile à première vue d'échapper à la dépression en se concentrant uniquement sur un aspect de la vie, comme le travail ou un loisir. Cependant, cette stratégie pourrait éventuellement ne plus fonctionner et vous devrez vous occuper d'autres aspects de votre vie. Il est important de garder contact avec tous les volets de sa vie, comme l'école, le travail, le bénévolat, la famille, les amis et les loisirs. En cours de rétablissement, le fait de consacrer de l'énergie à divers aspects vous permettra d'avoir une vie plus équilibrée et satisfaisante, ce qui vous aidera à éviter la rechute.

**9. Suivez un traitement en postcure.** Il est important qu'un médecin de famille et, au besoin, un psychiatre fassent un suivi régulier. Selon vos besoins, vous pourriez aussi profiter d'une thérapie individuelle, de groupe ou familiale ou participer à un groupe de soutien qui vous aiderait à faire face aux répercussions de la dépression sur votre vie. Si vous recommencez à vous sentir déprimé, communiquez immédiatement avec votre médecin. Vous pouvez recevoir l'aide d'une infirmière visiteuse, d'un ergothérapeute ou d'un travailleur social qui vous soutiendront lorsque vous en aurez besoin. Une intervention rapide peut permettre de prévenir un épisode dépressif ou d'en réduire la gravité.

**10. Enfin, sachez qu'il est courant de s'inquiéter en silence de la possibilité d'une rechute après un rétablissement.** Pensez à élaborer un plan d'urgence avec les membres de votre famille, votre conjoint ou conjointe ou un ami au cas où vous recommenceriez à vous sentir mal. Ce plan devra prévoir qui avertira le médecin, vous amènera à vos rendez-vous, avisera les responsables de votre école ou votre patron, s'occupera de vos enfants et veillera à ce que votre loyer et vos factures soient payés en cas d'hospitalisation. En fait, l'avenir pourrait moins vous inquiéter si vous avez prévu un plan de secours.

## 5 L'AIDE OFFERTE AUX PROCHES ET AUX FAMILLES

---

Lorsqu'on voit un être cher aux prises avec la dépression, on peut se sentir triste, inquiet, effrayé, impuissant et angoissé. On peut se sentir coupable, en colère et frustré. Tous les épisodes dépressifs sont ennuyeux, mais lorsqu'il s'agit d'une première expérience, un tel épisode est particulièrement déroutant. On peut ne pas comprendre ce qui arrive et se demander pourquoi la personne touchée ne se rétablit pas d'elle-même. Si on ne reçoit pas d'information sur la dépression, on peut présumer que la personne malade est paresseuse et se sentir frustré et contrarié si, après lui avoir donné des conseils bien intentionnés, elle ne fait pas le nécessaire pour s'en sortir. De plus, si le membre de sa famille qui est déprimé parle de suicide, il est naturel de beaucoup s'inquiéter.

Les membres de la famille et les conjoints doivent se renseigner le plus possible sur la dépression. Le fait de connaître et de comprendre cette maladie permet de mieux aider et soutenir les êtres chers, de s'occuper de ses propres sentiments et d'expliquer la situation aux membres de la famille élargie, aux amis et aux collègues. On peut obtenir des renseignements auprès du médecin traitant, d'un travailleur social ou de professionnels de la santé mentale. Outre le présent document, il existe plusieurs ouvrages à l'intention des patients et des familles qu'on peut habituellement se procurer dans les bibliothèques publiques. Dans bien des collectivités, on trouve aussi des groupes d'entraide et de soutien et des groupes psychopédagogiques qui visent à répondre aux besoins des familles.

### COMMENT ÉTABLIR DES RAPPORTS AVEC UNE PERSONNE DÉPRIMÉE

Souvent, les membres de la famille ne savent pas comment aborder la personne déprimée. Ils peuvent avoir peur de poser trop de questions et indisposer par inadvertance la personne qui leur est chère. Par contre, ils ne veulent pas que la personne malade pense qu'ils ne s'intéressent pas à elle ou cherchent à l'éviter.

Il faut essayer d'être positif, compréhensif et aussi patient que possible. Le simple fait de reconnaître que la dépression est une maladie peut aider la personne touchée à se sentir moins coupable de la situation.

## CONSEIL POUR COMMUNIQUER

1. Parlez **calmement et doucement**.
2. **Concentrez-vous sur un seul sujet** à la fois. Il se peut que la personne malade ait de la difficulté à se concentrer.
3. Si la personne est silencieuse et renfermée, brisez la glace en disant des **phrases neutres et inoffensives**, comme « Il fait un peu chaud ici ».
4. **Soyez patient et attendez**. La personne peut avoir besoin de temps pour réagir.
5. **Votre écoute est très précieuse pour le membre de votre famille ou votre ami**. La dépression fait en sorte que les personnes parlent longuement de leurs malaises, mais elles ne sont peut-être pas prêtes à discuter des solutions à leurs problèmes. Le fait d'écouter et de faire savoir à la personne que vous avez compris ce qu'elle disait lui apporte un appui important. **Vous n'avez pas à trouver de solutions immédiates**.
6. **Si le membre de famille ou votre ami est irritable, vous devrez probablement aller moins vite, diminuer vos attentes et utiliser une approche très neutre**. Des commentaires neutres sur le temps, le souper ou d'autres sujets du quotidien représentent la façon la plus sûre d'engager une conversation. Soyez à l'**écoute** des occasions de répondre aux interventions de la personne déprimée. Les conversations au sujet de décisions importantes ne seront probablement pas productives. Il se peut que vous deviez prévoir de telles discussions plus tard.

Les personnes modérément déprimées peuvent entendre vos bonnes suggestions, mais être incapables de les mettre en application. Évitez de les questionner sur ce qui les déprime. Ne les blâmez pas d'être déprimées et ne leur dites pas de sortir de leur léthargie. De tels commentaires renforceraient leurs sentiments de culpabilité, de solitude et d'isolement. Souvent, les personnes déprimées ne savent pas ce qui les affecte ou ce qui les aiderait.

Si votre partenaire ou un membre de votre famille est en dépression plus grave ou chronique, il est normal que vous trouviez que sa compagnie est particulièrement épuisante. Des contacts courts et fréquents sont souvent la meilleure façon d'entretenir des rapports avec une personne profondément déprimée. Si la personne est hospitalisée, les membres de la famille peuvent lui rendre visite à tour de rôle. Durant les visites, faites un effort particulier pour écouter la personne déprimée plutôt que de lui dire ce qu'elle devrait faire. Évitez les visites très longues qui sont épuisantes pour le patient et le visiteur.

## COMMENT S'OCCUPER DE SES PROCHES

Lorsqu'une personne souffre d'une maladie grave, il est naturel que les membres de la famille s'inquiètent et soient stressés. En s'efforçant de reconforter ou d'aider l'être cher, les membres de la famille peuvent abandonner leurs propres activités. Avec le temps, ils peuvent devenir isolés de leur réseau d'amis ou constater que les soins apportés à la personne déprimée ont pris la place de la plupart de leurs activités quotidiennes. Souvent, la situation est bien implantée lorsqu'on se rend compte de son épuisement émotif et physique. Ce stress peut entraîner des troubles du sommeil, de l'épuisement ou une irritabilité chronique.

Il est important de reconnaître ces signes de stress et de prendre soin de sa propre santé mentale et physique. Il est essentiel de connaître ses propres limites et de se réserver du temps. Il faut avoir un bon réseau de soutien composé d'amis fiables et de membres de la famille. Trouvez une personne avec qui vous pourrez parler de la situation. Certaines personnes ont de la difficulté à comprendre la maladie mentale. Il est donc compréhensible de vouloir bien choisir les personnes qui offriront leur soutien. Pensez à obtenir du soutien professionnel pour vous-même et à participer à un groupe d'entraide ou à un programme de soutien familial qui pourrait être offert dans un hôpital local ou une clinique communautaire de santé mentale. Gardez des activités à l'extérieur de la famille et qui ne concernent pas la personne malade. Reconnaissez et acceptez le fait que la situation vous inspire des sentiments négatifs. Ces sentiments sont normaux et ne devraient pas provoquer de culpabilité.

## PRÉOCCUPATIONS DES FAMILLES CONCERNANT LES ÉPISODES AIGUS

### 1. RESPECT DU TRAITEMENT

Bien que de nombreuses personnes soient désireuses de se faire traiter pour la dépression, d'autres hésitent à admettre leurs difficultés. Certaines personnes déprimées craignent que le fait d'admettre leur dépression est un signe de faiblesse ou qu'elles seront pointées du doigt pour avoir des problèmes psychiatriques. D'autres personnes essaient de s'en sortir seules et ce n'est qu'une fois qu'elles sont profondément déprimées qu'elles se rendent compte que leur problème peut être traité.

Si l'état d'un de vos proches vous inquiète, mais qu'il ne reçoit pas de traitement, le simple fait de lui dire qu'il peut obtenir de l'aide peut être suffisant pour qu'il fasse les démarches nécessaires. Certaines personnes doivent parcourir un long chemin parsemé d'embûches avant d'accepter le fait qu'elles souffrent d'une maladie dont elles devront tenir compte toute leur vie. Certaines personnes doivent traverser plusieurs épisodes dépressifs avant d'accepter l'aide des médecins et des thérapeutes. En tant que membre de la famille, il peut être très difficile d'être témoin de ce cheminement sans répéter sans cesse à la personne qu'elle devrait prendre ses médicaments ou consulter son médecin. Les tentatives répétées pour persuader quelqu'un peuvent mener à des discussions animées et à des épreuves de force. Si vous êtes très proche de la personne déprimée et sentez qu'elle pourrait ne pas être réceptive à vos observations indiquant que quelque chose ne va pas, il est parfois plus efficace de demander à une autre personne de confiance de lui parler.

## 2. LA PERSONNE SUICIDAIRE

Les personnes déprimées au point de penser au suicide peuvent refuser de se faire traiter parce qu'elles se sentent désespérées et bonnes à rien. Dans de tels cas, une personne de confiance devrait insister pour que la personne déprimée consulte son médecin ou se rende à l'urgence d'un hôpital local. La plupart des personnes accepteront d'aller à l'hôpital. Toutefois, si la personne refuse, vous pouvez demander à un médecin de faire une consultation à domicile et d'attester que la personne doit être hospitalisée. Si ce n'est pas possible, on peut aller voir un juge de paix qui préparera une ordonnance d'attestation qui permettra au personnel affecté aux urgences d'hospitaliser la personne.

Bien qu'il s'agisse d'une décision douloureuse et difficile, il est parfois nécessaire de faire appel à la police afin de faire hospitaliser une personne malade. Les membres de la famille se sentent souvent très coupables de prendre cette décision, même si elle est nécessaire pour sauver la vie de la personne. Il est important de ne pas oublier que les personnes qui menacent de se suicider appellent souvent à l'aide et doivent donc être prises au sérieux. Les pensées suicidaires surviennent habituellement à l'occasion d'un état émotif temporaire durant lequel une personne a besoin de se trouver en sécurité.

Si la personne hospitalisée est très malade et affaiblie, il est parfois préférable pour elle et sa famille que les visites soient fréquentes, mais de courte durée. Les longues conversations

ne sont pas bénéfiques aux patients très malades, car ceux-ci peuvent retourner sans cesse dans leur tête les idées négatives ou se concentrer sur leurs sentiments de désespoir. Des visites fréquentes et brèves vous permettront de garder contact avec la personne touchée et lui montreront que vous la soutenez.

Pour certains patients, il est très difficile de tolérer l'hospitalisation. Pour cette raison, ils peuvent vouloir quitter l'hôpital avant que le personnel médical juge que leur humeur et leur comportement soient stabilisés. Pour les membres de la famille, cette situation est particulièrement difficile, car ils peuvent prévoir les problèmes qui surviendront à la maison si la personne redevient gravement malade et doit être de nouveau hospitalisée. Certains patients seront sensibles aux préoccupations de leurs amis et des membres de leur famille et accepteront de prolonger leur séjour à l'hôpital. On obtient plus facilement une telle collaboration en fixant des objectifs précis lors de l'admission. À titre d'exemple, il pourrait être utile de préciser clairement que la personne devra redevenir stable grâce à la médication et suivre un programme de jour ou consulter un thérapeute communautaire avant de quitter l'hôpital.

La plupart des compétences territoriales en Amérique du Nord ont adopté des lois en matière de santé mentale qui ne permettent l'hospitalisation involontaire que si les personnes menacent d'attenter à leur vie ou à celle d'autrui, ou ne peuvent pas prendre soin d'elles-mêmes. Bien des personnes malades qui pourraient tirer avantage d'une hospitalisation ne répondent pas à ces critères et peuvent donc quitter l'hôpital contre l'avis du médecin.

Dans de telles situations, essayez de négocier avec la personne malade quel serait le **moment** idéal pour quitter l'hôpital. Que doit-il être fait durant l'hospitalisation pour que vous sentiez que la personne puisse retourner à la maison en toute sécurité? Pourriez-vous discuter de ces questions à l'occasion d'une **rencontre de planification du congé** en compagnie de la personne malade, du médecin et de tout autre professionnel qui a travaillé auprès d'elle?

Parfois, vous pouvez faire patienter la personne en disant que cette rencontre doit avoir lieu pour que vous consentiez à son retour à la maison. Les membres de la famille se sentent souvent coupables d'insister sur ces conditions, car ils craignent que le patient se sente rejeté. Toutefois, une sortie prématurée et une mauvaise planification de la sortie ont souvent pour conséquence une rechute et une situation encore plus compliquée.



### **3. COMMENT FAVORISER LE MIEUX POSSIBLE LE RÉTABLISSEMENT**

Une fois la personne malade stabilisée, vous remarquerez probablement que son état s'améliore lentement, mais graduellement. Avec le temps, elle pourrait vouloir cesser de prendre ses médicaments, en raison des effets secondaires, ou interrompre la psychothérapie, en raison du temps qu'elle demande. Les encouragements que vous porterez à la personne aimée pour qu'elle poursuive son traitement pourraient être très importants. L'arrêt prématuré des médicaments peut entraîner une rechute. La réduction ou l'arrêt de la médication devrait être supervisé par un médecin. La psychothérapie est plus efficace si le client et le thérapeute s'entendent pour dire que le travail affectif est terminé ou que les séances prévues mutuellement ont toutes été suivies.

Les membres de la famille, le conjoint ou la conjointe et les amis sont des personnes importantes dans le réseau de soutien d'un patient. Le simple fait d'être présent et de garder un intérêt pour la personne déprimée représente une contribution importante au processus de rétablissement. Une fois rétabli, des patients ont déclaré avoir grandement apprécié la présence et la tolérance des membres de leur famille et de leurs amis.

La personne en voie de rétablissement entrera graduellement dans une phase de transition au cours de laquelle elle reprendra ses anciennes responsabilités. Elle pourrait tirer avantage de conseils sur les étapes à franchir en premier. Essayez de faire des choses *avec* la personne, plutôt que *pour* elle. Si vous donnez votre opinion avant qu'on vous la demande, la personne pourrait croire que vous cherchez à la contrôler. Encouragez la personne à être aussi active que possible. Reconnaissez que la personne est adulte et indépendante et peut opter pour des activités ou des comportements que vous n'approuvez pas. Essayez de ne pas dire à la personne qu'elle a fait un mauvais choix juste parce qu'elle est malade. Une telle déclaration peut être très blessante et compliquer votre relation.

Au fur et à mesure que la santé de la personne s'améliore, vous devriez la traiter de plus en plus comme une personne en bonne santé. Il faudra l'inclure dans les activités familiales, les discussions et lui faire reprendre ses responsabilités à la maison. Dans certaines familles, on règle les problèmes par des discussions et des débats vigoureux où on laisse libre cours à l'hostilité et à la colère. Des recherches montrent que les patients qui se remettent d'une dépression courent un plus grand risque de rechute s'ils sont exposés à de tels conflits. Les membres de la famille et les amis intimes doivent être sensibles aux

besoins de la personne en voie de rétablissement et comprendre qu'elle ne puisse peut-être pas gérer les émotions très vives associées à un conflit ou à une dispute. Il serait bon de prendre en considération les autres façons de régler les conflits familiaux, comme la consultation familiale.

### **4. SE PRÉPARER À UNE RECHUTE OU À UNE CRISE**

Les patients et leur famille évitent souvent de parler des crises aiguës, car ces événements sont pénibles à reconnaître et qu'il est gênant d'en parler. Toutefois, la meilleure façon de gérer une crise est de savoir quoi faire avant qu'elle ne survienne. Bien qu'il soit préférable de se concentrer sur le maintien du bien-être, une certaine planification d'une éventuelle crise peut créer un sentiment de sécurité pour la personne malade et son réseau de soutien.

Si possible, lorsque la personne déprimée va mieux, il faut discuter des mesures à prendre si elle redevenait malade ou suicidaire. Pourriez-vous vous rendre tous les deux à un rendez-vous chez le médecin pour discuter de l'état de la personne déprimée et de l'éventualité d'une crise? Si la personne devenait malade, auriez-vous reçu à l'avance la permission de communiquer avec son médecin? Auriez-vous son consentement pour l'amener à l'hôpital et savez-vous quel hôpital elle préfère? Si l'être cher était gravement malade, seriez-vous autorisé à prendre des décisions? Pourriez-vous mettre les conditions par écrit de sorte que les instructions soient suivies?

Une bonne relation avec le médecin traitant et des préarrangements peuvent permettre de maîtriser une situation d'urgence.

# 6 COMMENT EXPLIQUER LA DÉPRESSION AUX ENFANTS

---

Il peut être malaisé et difficile d'expliquer une maladie mentale ou la dépression à des enfants. Ainsi, pour protéger ses enfants, le parent déprimé et le parent en bonne santé (s'il est présent) peuvent choisir de ne rien dire et tenter de poursuivre leur routine familiale comme si de rien n'était. Bien que cette attitude puisse représenter une solution à court terme, elle peut à long terme laisser les enfants dans un état de confusion ou d'inquiétude à propos des changements de comportement qu'ils auront inévitablement observés.

Les enfants sont sensibles et intuitifs et ils remarquent rapidement les changements chez un membre de la famille. Si l'atmosphère familiale laisse croire que le sujet ne devrait pas être abordé, les enfants tireront leurs propres conclusions, souvent erronées. Les jeunes enfants, particulièrement ceux d'âge préscolaire ou d'âge scolaire, perçoivent souvent le monde comme s'il tournait autour d'eux. Par conséquent, si quelque chose de négatif ou de difficile survient, ils présument qu'ils en sont responsables. Par exemple, si un enfant désobéit à un de ses parents et s'attire des problèmes, et que le lendemain le même parent est déprimé, l'enfant peut supposer qu'il a provoqué la dépression du parent.

Pour expliquer une maladie mentale ou la dépression aux enfants, il faut leur fournir le plus d'information possible qu'ils sont en mesure de comprendre. Les bambins et les enfants d'âge préscolaire sont capables de comprendre des phrases simples et courtes contenant peu d'information technique. Les enfants d'âge scolaire peuvent quant à eux traiter plus d'information, mais peuvent être dépassés par les détails au sujet de la médication et des thérapies. Enfin, les adolescents sont généralement en mesure de gérer la plupart des renseignements et ils éprouvent souvent le besoin de parler de leurs impressions et de leurs sentiments. Ils peuvent avoir des questions quant à savoir s'ils peuvent discuter ouvertement de la situation, ainsi que des préoccupations quant aux stéréotypes liés à la maladie mentale. Le fait d'échanger de l'information avec eux favorise l'ouverture et d'autres discussions.

Au moment de discuter avec les enfants, il est bon d'aborder trois aspects :

**1. Le parent ou le membre de la famille se comporte ainsi parce qu'il est malade.** Il est important de dire aux enfants que le membre de la famille est atteint d'une maladie appelée *dépression*. La dépression rend les personnes tristes, et ce, parfois sans raison. Elles

peuvent pleurer beaucoup, dormir toute la journée et avoir des troubles alimentaires ou relationnels. Parfois, les personnes déprimées ont besoin de beaucoup de temps pour guérir et nos efforts pour remonter leur moral sont vains.

**2. Il faut rassurer l'enfant et lui faire comprendre qu'il n'est pas responsable de la tristesse ou de la dépression du parent ou du membre de la famille.** On doit rassurer les enfants en leur disant qu'ils n'ont rien fait pour rendre la personne triste ou mécontente. C'est une supposition fréquente qui provoque chez les enfants un sentiment de culpabilité. On doit expliquer que la dépression est une maladie, tout comme la varicelle ou un mauvais rhume.

**3. Il est nécessaire de reconforter l'enfant en lui disant que les adultes dans la famille et les autres personnes, comme les médecins, tentent d'aider la personne déprimée. En effet, il incombe aux adultes de venir en aide à la personne déprimée, et l'enfant ne devrait pas s'inquiéter de cet aspect.** Les enfants doivent compter sur la présence du parent non déprimé, ou d'autres personnes adultes de confiance, afin de les prémunir des effets de la dépression du parent. Il peut être bon que les enfants parlent de leurs sentiments avec quelqu'un faisant preuve d'empathie et qui comprend à quel point il est difficile de voir souffrir leur mère, leur père ou un membre de leur famille. Bon nombre d'enfants sont effrayés lorsqu'ils observent les changements chez leur parent. Ils s'ennuient du temps qu'ils passaient ensemble avec lui. Il est bon de favoriser la participation à des activités à l'extérieure de la maison, parce qu'elles exposent l'enfant à d'autres relations saines. Ainsi, lorsque le parent malade recouvre la santé, le fait de reprendre graduellement les activités familiales peut contribuer à restaurer la relation entre l'enfant et le parent malade.

De plus, le parent malade et le parent en bonne santé devraient parler avec leurs enfants sur la manière d'expliquer la maladie aux personnes de l'extérieur. Le soutien d'amis est important pour tout le monde; toutefois, la dépression peut être difficile à expliquer, et certaines familles se préoccupent des préjugés liés à la maladie mentale. Le degré de franchise avec lequel vous et vos enfants êtes à l'aise demeure un choix très personnel.

Enfin, certains parents aux prises avec la dépression estiment que leurs symptômes d'irritabilité, d'impatience et de désorganisation font qu'il est difficile de tolérer les activités turbulentes et le bruit qui font partie des jeux et de la routine quotidienne des enfants. Il peut alors être nécessaire de prévoir des mesures particulières pour prévenir des événements pouvant déclencher l'irritabilité du parent malade et provoquer chez lui une réaction



abrupte ou sèche envers les enfants. Vous aurez peut-être besoin de prévoir du temps pour que vos enfants jouent à l'extérieur de la maison, ou faire en sorte que le parent malade se repose une partie de la journée dans un endroit calme de la maison.

Une fois rétabli, le parent malade devrait expliquer son comportement aux enfants. Il peut avoir besoin de planifier des moments particuliers avec eux en vue de renouer les liens et de leur indiquer qu'il est de nouveau disponible et qu'il s'intéresse à eux.

## CONCLUSION

---

Le présent guide a présenté un survol de la nature du trouble dépressif, de ses causes éventuelles, ainsi que des divers traitements offerts aux personnes présentant ce trouble. En effet, la dépression est une maladie qui peut être traitée et gérée avec succès. Étant donné sa nature récurrente, il est important que les personnes diagnostiquées comme déprimées disposent de l'information nécessaire pour trouver un traitement adéquat et utiliser les périodes non dépressives pour prendre soin de leur santé et prévenir les rechutes. Ces renseignements sont également importants pour les membres de la famille qui peuvent se sentir incertains quant à la meilleure manière d'aider l'être cher. En lisant ce guide, vous avez fait une démarche importante pour mieux connaître la dépression et élaborer des stratégies de gestion afin de composer efficacement avec les situations éprouvantes liées à cette maladie.

## GLOSSAIRE

---

**ANTICHOLINERGIQUE** : groupe d'effets secondaires courants de l'ancienne génération d'antidépresseurs, y compris la sécheresse de la bouche, la constipation, la difficulté à uriner et la vision trouble.

**ANTIDÉPRESSEUR** : médicament utilisé pour réduire les symptômes de la dépression.

**ANXIÉTÉ** : état affectif caractérisé par une inquiétude excessive, l'appréhension ou la crainte d'un danger imminent réel ou imaginaire, la vulnérabilité ou l'incertitude. Dans une forme plus aiguë, l'anxiété peut comprendre une crainte ou un malaise intense, accompagné de symptômes comme l'accélération du rythme cardiaque, la transpiration, le souffle court, des nausées, des étourdissements et la crainte de perdre la maîtrise de soi.

**ANXIOLYTIQUE** : médicament utilisé pour réduire les symptômes de l'anxiété.

**AUGMENTATION** : fait de donner une dose d'un autre médicament afin de potentialiser l'effet du premier médicament.

**COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (PSYCHOTHÉRAPIE)** : psychothérapie d'une durée limitée qui met l'accent sur la manière dont les pensées influent sur l'humeur et la façon dont certaines tendances contribuent à la dépression.

**DÉLIRE** : croyance fautive et fixe qui n'est pas partagée dans sa culture, comme le fait de croire que ses pensées sont contrôlées par des forces extérieures. Un délire paranoïde est caractérisé par des sentiments de suspicion et des idées de grandeur.

**DÉPRESSION ATYPIQUE** : type de dépression majeure dans laquelle la personne présente une réactivité d'humeur et dont le moral peut être remonté par des événements positifs; elle présente au moins deux des aspects suivants : gain d'appétit ou de poids; augmentation du sommeil; sentiments de paralysie et de rejet.

**DÉPRESSION POSTPARTALE** : épisode dépressif suivant un accouchement, généralement causé par des changements physiques et hormonaux.

**DÉPRESSION PSYCHOTIQUE** : épisode dépressif majeur dans lequel la personne perd contact avec la réalité et peut être aux prises avec des hallucinations ou des délires.

**DÉPRESSION UNIPOLAIRE** : synonyme de *trouble dépressif majeur*.

**ÉTAT EUTHYMIQUE** : humeur stable et normale synonyme de guérison.

**GROUPE DE SOUTIEN** : groupe de personnes qui ont un intérêt ou une situation en commun, comme un état diagnostiqué de dépression et qui se réunit régulièrement afin d'échanger des idées, des sentiments et des renseignements sur les ressources communautaires disponibles.

**HALLUCINATION** : expérience sensorielle fautive, comme le fait de voir, d'entendre, de goûter, de sentir ou de toucher quelque chose qui n'existe pas réellement.

**HYPOMANIE** : état caractérisé par de l'exubérance et de l'hyperactivité, mais pas aussi extrême que la manie.

**MANIE** : état caractérisé par une humeur anormalement euphorique, de l'irritabilité, de l'hyperactivité, une propension excessive à parler, des pensées qui défilent, des idées exagérées de soi-même et une disposition à engager des dépenses folles.

**MÉNOPAUSE** : période de changements biologiques chez les femmes au moment où elles cessent d'être menstruées et présentent des taux réduits d'hormone œstrogène.

**NEUROLEPTIQUE** : médicament antipsychotique utilisé pour réduire les symptômes psychotiques.

**OPTIMISATION** : accroissement graduel de la dose d'un médicament au taux le plus élevé pour atteindre l'effet thérapeutique.

**PHARMACOTHÉRAPIE** : traitement des symptômes d'un trouble à l'aide de médicaments ayant pour effet d'altérer l'équilibre chimique dans des systèmes spécifiques du cerveau.

**PRÉVENTION DE LA RECHUTE** : fait de gérer le trouble de l'humeur par la prise de médicaments ou une psychothérapie, ou encore par d'autres stratégies de soutien en vue d'aider la personne à conserver sa santé.

**PSYCHOPÉDAGOGIE** : processus permettant d'obtenir des renseignements sur les troubles et de parler de ses sentiments concernant la maladie.

**PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE** : psychothérapie d'une durée limitée qui met l'accent sur les aspects interpersonnels qui sont liés à l'épisode dépressif.

**PSYCHOTHÉRAPIE** : terme générique utilisé pour décrire une forme de traitement fondée sur la discussion avec un thérapeute. La psychothérapie vise à atténuer le sentiment de détresse en discutant et en exprimant ses sentiments afin de changer ses attitudes, son comportement et ses habitudes et d'élaborer de meilleures façons de composer avec la dépression.

**STABILISATEUR D'HUMEUR** : médicament utilisé pour traiter les symptômes de la dépression, principalement employé pour traiter le trouble bipolaire.

**SYNDROME PRÉMENSTRUEL** : période prémenstruelle intense et perturbante caractérisée par des sautes d'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des crampes abdominales, des ballonnements et la sensibilité des seins.

**THÉRAPIE PAR ÉLECTROCHOCS** : traitement destiné à des personnes aux prises avec une dépression grave, qui consiste à faire passer un courant électrique contrôlé entre deux disques métalliques appliqués sur la surface du crâne.

**TRANQUILLISANT** : médicament employé pour apaiser les inquiétudes et les angoisses.

**TROUBLE AFFECTIF SAISONNIER** : type de dépression qui a tendance à être influencé par l'ensoleillement et la période de l'année, survenant généralement l'automne et l'hiver.

**TROUBLE BIPOLAIRE** : également connu comme maniaque-dépression; comprend l'apparition d'un ou de plusieurs épisodes de manie ou d'hypomanie et généralement l'apparition d'un ou de plusieurs épisodes de dépression majeure.

**TROUBLE CYCLOTHYMIQUE** : trouble de l'humeur à long terme qui présente des périodes récurrentes de dépression et d'hypomanie. Bien qu'il soit semblable au trouble bipolaire, les changements d'humeur ne sont pas aussi prononcés ou prolongés.

**TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ** : tendance persistante de pensées, de sentiments et de comportements qui diffèrent de façon importante de la culture dans laquelle la personne vit. Cette tendance est profonde et rigide, commence à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et cause une détresse ou une déficience.

**TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR (OU DÉPRESSION UNIPOLAIRE)** : apparition d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Cela comprend des symptômes comme une humeur déprimée, une perte d'intérêt ou de plaisir, des changements importants liés au poids ou au sommeil, une perte d'énergie, une capacité diminuée de penser ou de se concentrer, des sentiments de dépréciation ou de culpabilité excessive, ainsi que des pensées récurrentes relatives à la mort ou au suicide.

**TROUBLE DYSTHYMIQUE** : type de trouble de l'humeur dont la principale caractéristique est une humeur chroniquement déprimée qui dure une bonne partie de la journée, la majorité du temps, pendant une période de deux ans.

**TROUBLES DE L'HUMEUR** : troubles qui présentent une perturbation de l'humeur (généralement une dépression ou une manie) comme principale caractéristique. Les deux catégories principales sont la dépression unipolaire et le trouble bipolaire, ou maniaque-dépression.



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**UN CENTRE COLLABORATEUR  
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Pour obtenir des renseignements sur d'autres ressources du Centre de toxicomanie et de santé mentale ou pour passer une commande, veuillez vous adresser au :

Service du marketing et des ventes  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
33, rue Russell  
Toronto (Ontario) M5S 2S1  
Canada  
Tél. : 1 800 661-1111  
ou 416 595-6059 à Toronto  
Courriel : [marketing@camh.net](mailto:marketing@camh.net)

Site Web : [www.camh.net](http://www.camh.net)

## l a DÉPRESSION

ISBN 0-88868-354-5

