





*Dr Brian Bexton*

Vivre avec  
*une personne  
dépressive*



Propos recueillis par Paul-André Giguère

Extrait de la publication



Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2008  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-89579-109-6

ISBN 978-2-89579-805-7 – version numérique

Les données de catalogage sont disponibles  
à Bibliothèque et Archives Canada  
[www.collectionscanada.ca](http://www.collectionscanada.ca)

Éditeur : Jean-François Bouchard  
Directrice de la collection : Lucie Côté  
Réviseur : Paul-André Giguère  
Couverture et mise en page : Mardigrafe  
Photo de l'auteur : © 2008, Claire Beaugrand-Champagne  
Conseiller scientifique : D<sup>r</sup> Pierre Doucet, psychiatre

Bayard Canada Livres  
4475, rue Frontenac  
Montréal (Québec) H2H 2S2  
Canada

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada  
par l'entremise du Programme d'aide au développement  
de l'industrie de l'édition (Padié) pour nos activités d'édition.

Bayard Canada Livres remercie le Conseil des Arts du Canada  
du soutien accordé à son programme d'édition dans le cadre  
du Programme de subventions globales aux éditeurs.

Cet ouvrage a été publié avec le soutien de la SODEC.  
Gouvernement du Québec – Programme de crédit d'impôt  
pour l'édition de livres – Gestion SODEC.

Imprimé au Canada

Quand le docteur Bexton m'a demandé de rédiger cette préface, j'ai bien sûr été honorée de la confiance qu'il me manifestait. Ce n'est pourtant pas sans appréhensions que j'ai abordé la lecture de son manuscrit. Ayant moi-même souffert de dépression il y a quelques années, je craignais d'y découvrir l'ampleur de la souffrance que j'avais pu imposer à mon mari et à ma famille durant ma maladie. Je redoutais aussi de découvrir mes propres lacunes, mes erreurs et l'inadéquation de mon soutien auprès des personnes dépressives de mon entourage.

Mais comme cette lecture m'a fait du bien! Dans *Vivre avec une personne dépressive*, le docteur Bexton explique, en termes faciles à comprendre, les dépressions unipolaire et bipolaire. Avec beaucoup de respect autant pour la personne malade que pour ses proches aidants, il nous aide à comprendre qu'il s'agit réellement d'une maladie et non pas, comme on le pense souvent, d'un manque de motivation ou de volonté, d'un pur désœuvrement ou d'un refus de contrôler son irritabilité.

La dépression est une maladie sournoise et subtile. Même lorsqu'elle en connaît les symptômes la personne malade elle-même éprouve souvent des difficultés à comprendre ce qui lui arrive. Que dire alors de la difficulté pour ses proches de subir tout l'impact de la maladie? Que dire de l'exigence pour eux de s'ajuster au début de la maladie, et de toute la gamme des émotions qui s'emparent d'eux comme la tristesse de voir l'autre malade, la peur d'être maladroit, l'impuissance, l'inquiétude, la rage, l'incompréhension face à certaines réactions et parfois même la honte?

Dans ce livre, le docteur Bexton nous montre comment demeurer proche de l'être aimé souffrant tout en évitant d'être aspiré par sa détresse. Il nous enseigne comment continuer à vivre sa propre vie sans avoir l'air de se désintéresser de celle de la personne malade. Il nous donne aussi des outils pour l'accompagner dans cette épreuve.

Le soutien de l'entourage est d'une importance capitale dans le rétablissement d'une personne atteinte de dépression. La présence et la patience de mon époux m'ont beaucoup aidée à me remettre de cette maladie. Il continuait à croire en moi alors que j'avais complètement perdu confiance en mes capacités, à m'aimer alors que je ne m'aimais plus. Mes fils m'ont aussi manifesté leur affection de plusieurs façons tout au long de cette maladie. Grâce à eux, le chemin a été moins long vers la guérison.

À mon sens, l'un des plus grands mérites de cet ouvrage est de nous décharger de ce lourd fardeau qu'est la culpabilité, tant la culpabilité de la personne malade devant son état que celle des proches face à leur impuissance.

Au moment de refermer ce livre, mes appréhensions du début avaient complètement disparu. J'avais surtout assimilé que je ne pouvais absolument pas me blâmer pour cette dépression. La culpabilité a cédé le pas à une nouvelle compréhension.

Si la Vie devait faire en sorte que je sois à nouveau atteinte de dépression, j'aimerais que mes proches aient lu *Vivre avec une personne dépressive*.

*Jocelyne Monty,  
Présidente du conseil d'administration  
Fondation des maladies mentales*

**PREMIÈRE PARTIE**

**Savoir et comprendre ce qui se passe**

**chapitre 1 : La dépression :  
ce qu'elle n'est pas, ce qu'elle est 15**

La déprime ..... 16

Le burn-out ..... 17

La dépression unipolaire ..... 21

Des symptômes de la dépression unipolaire

Des causes de la dépression unipolaire

- L'environnement ou les événements
- Notre psychologie propre
- Les changements biologiques

Quelques conséquences de la dépression

Les troubles bipolaires ..... 33

Des symptômes d'un trouble bipolaire

Un diagnostic plus difficile à établir

**chapitre 2 : La dépression :  
comprendre ce qui ne va pas 43**

La dépression unipolaire et ses facteurs biologiques ..... 43

Le cortisol, une hormone très utile... qui peut devenir nuisible

Les neurotransmetteurs, des facilitateurs parfois défaillants

- La sérotonine
- La noradrénaline
- La dopamine
- Agir sur les neurotransmetteurs
  - a. Entre faire confiance au professionnalisme du médecin...
  - b. ... et risquer de se traiter soi-même
- Oui mais pourquoi?

Une conséquence à éviter : la détérioration du cerveau

Peut-on prévenir la dépression?

Faut-il vraiment soigner la dépression?

- Un environnement social exigeant
- Une souffrance à abrégé
- Des séquelles à limiter
- Le pire à éviter

**La dépression unipolaire  
et sa dimension psychodynamique..... 64**

Une interminable naissance

- Moi, moi, moi
- L'intolérable solitude
- Le pouvoir de la parole
- L'arrivée d'un sauveur

Un drame qui se rejoue

**Et les troubles bipolaires? ..... 74**

Des stabilisateurs de l'humeur

Ici aussi, un drame se rejoue

---

**chapitre 3 : trois évolutions possibles 79**

---

Une stabilisation et une amélioration rapide..... 79

Une réponse partielle au traitement ..... 82

Quand on ne répond pas au traitement..... 87

**EN RÉSUMÉ..... 91**

## **DEUXIÈME PARTIE**

**Être une présence active sans y laisser sa peau**

---

**chapitre 4 : Les difficiles débuts 97**

---

Soupçonner que ça peut être une dépression..... 99

Se rappeler que la dépression est une maladie ..... 102

Échapper au cycle infernal ..... 103

Accueillir et valider ..... 108

Amener à consulter ..... 110

---

<b>chapitre 5 : La vie au quotidien</b>	<b>115</b>
Soutenir dans le traitement .....	116
Maintenir la communication .....	117
Éviter les confrontations inutiles .....	118
Participer à la thérapie .....	120
Mettre ses limites et les (faire) respecter .....	123
Accepter toutes ses pensées.....	128
Se garder de la culpabilité.....	130
Renoncer au fantasme de la toute puissance.....	137
Aller chercher du soutien.....	144
EN RÉSUMÉ.....	147
RESSOURCES ET RÉFÉRENCES .....	148



La dépression est une maladie sournoise. Elle s'invite sans prévenir. Elle peut frapper n'importe quand. Mais aussi n'importe qui. Ses victimes deviennent méconnaissables alors même que leur apparence physique demeure inchangée. Elles sont l'ombre d'elles-mêmes. Leur joie de vivre, leur dynamisme, leur créativité, leur capacité relationnelle, mais aussi leur sommeil, leur appétit, tout y passe. La solitude se fait pesante et l'inquiétude s'installe : est-ce que je vais m'en sortir un jour? Comment?

Au Québec en ce début de troisième millénaire, une personne sur six est victime de ce qui est une des plus grandes causes de détresse dans la vie. On estime que près de 40 % des absences au travail sont reliées à la dépression. Les coûts directs et indirects attribués à la maladie comme les soins, l'absentéisme, le « présentéisme » c'est-à-dire la baisse de productivité de ceux qui sont malgré tout au travail, le manque à gagner, sont évalués à environ 30 milliards de dollars chaque année au Canada.

La dépression est un problème majeur de santé publique.

Ce livre n'est pas destiné d'abord aux victimes de la dépression, mais comme son titre l'indique, aux personnes de leur entourage. Si environ 15 % de la population est directement aux prises avec la maladie, cela signifie que c'est près de la moitié de la population qui est affectée quand on

pense aux conjoints, aux enfants, aux amis et aux collègues des personnes malades.

Il est rare que les proches des malades soient préparés à faire face adéquatement à la situation. Certains vont, tout comme les malades, commencer par nier l'évidence et penser que c'est une mauvaise passe et qu'avec le temps tout va s'arranger. D'autres vont se sentir menacés, d'autres encore seront angoissés en se découvrant bien dépourvus pour faire face convenablement à la maladie qui bouleverse la vie d'un de leurs proches et risque de les entraîner eux-mêmes dans son tourbillon.

Que faire face à cette maladie difficile, incapacitante? Comment être une présence réconfortante et utile sans y laisser sa peau?

Malgré le caractère technique de sa première partie, ce livre a une visée pratique. Il a été écrit pour ces femmes et ces hommes courageux qui, sans l'avoir choisi, vivent au quotidien avec une personne dépressive. Il vise à leur donner des clés pour que par leur présence ils puissent aider les malades à reprendre le chemin de la vie, mais aussi pour qu'eux-mêmes n'arrêtent pas de vivre pendant que l'autre lutte pour se rétablir.

Dans un premier temps, après avoir distingué la dépression des simples (mais souvent douloureux) épisodes de déprime et de l'épuisement professionnel, nous énumérerons et décrirons

les principaux symptômes de la dépression et des troubles bipolaires. Poussant plus loin, nous essaierons de comprendre, au chapitre 2, ce qui ne fonctionne pas dans l'organisme de la personne dépressive et de décrire les traitements aujourd'hui disponibles, avant de terminer en disant un mot de l'efficacité de ces traitements, dont nous ne cacherons pas qu'elle est encore relative dans l'état actuel de la recherche et de la pharmacologie. Bien que nous ayons cherché à les rendre le plus concrets possible, ces trois premiers chapitres pourront paraître arides à certains lecteurs. Nous les encourageons à les lire attentivement, lentement s'il le faut, convaincu que comme le dit l'adage, « rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie ».

On peut tellement mieux aider quand on comprend ce qui se passe.

Si la personne du malade occupe le devant de la scène dans la première partie, elle passe à l'arrière-plan dans la seconde. Cette section est consacrée aux proches, que l'on appelle souvent les *aidants naturels*. Deux chapitres structurés autour de quatorze verbes, c'est-à-dire quatorze actions concrètes : soupçonner que ça peut être une dépression, se rappeler que c'est une maladie, échapper au cycle infernal, accueillir et valider, amener à consulter, soutenir dans le traitement, maintenir la communication, éviter les confrontations inutiles, participer à la thérapie, mettre ses limites et les (faire) respecter, accepter

toutes ses pensées, se garder de la culpabilité, renoncer au fantasme de la toute puissance, aller chercher du soutien.

On le voit, ce n'est pas vrai qu'il n'y a rien à faire.

On pourrait ajouter un quinzième verbe : garder confiance. Il y a de la vie pendant la dépression, il y en a encore davantage après. Vivre avec un proche dépressif, c'est très souvent une extraordinaire occasion d'apprendre, d'où on sort grandi. Comme la personne dépressive elle-même, les proches apprennent beaucoup sur eux-mêmes et sur des pièges dans lesquels on était jusque là coincé et dont on se libère. On apprend beaucoup sur la vie, sur ce qui a du prix dans la vie, sur la distinction entre ce qui est essentiel et ce qui est secondaire. On apprend à se mieux connaître et à mieux communiquer. La proximité généreuse et l'effort de se comprendre rapproche les personnes. La relation peut en ressortir plus purifiée de modes de communication qui n'étaient peut-être pas adéquats et que le traitement permet de rectifier.

Nous ne le cacherons pas, c'est un rude moment à passer. Ce livre a été écrit pour que avertis de la dynamique et des mécanismes de la tempête et des écueils menaçants, tous échappent au naufrage et arrivent au port plus dépouillés, sans doute, mais plus forts. Et plus heureux.

**PREMIÈRE PARTIE**  
**SAVOIR ET COMPRENDRE**  
**CE QUI SE PASSE**





## chapitre I

# La dépression : ce qu'elle n'est pas, ce qu'elle est

Il est difficile de vivre ou de travailler avec quelqu'un qui a fréquemment ou continuellement le moral dans les talons. Vient un moment où on n'en peut plus. On touche ses limites et on fait face à son impuissance. Il faut parfois en arriver là pour se questionner, s'informer ou demander de l'aide pour soi-même. Et, peut-être, lire ce livre.

Nous allons commencer par distinguer tout de suite des états qu'on peut facilement confondre quand on s'en tient à des observations superficielles. Dans ce livre, nous parlerons très peu de la déprime et du *burn-out*, mais beaucoup de la dépression et de la maladie bipolaire. Nous pensons que le simple fait de savoir ce qui se passe, de le nommer et de le comprendre peut avoir un grand effet libérateur face à l'inquiétude que suscite toujours l'inconnu.

La déprime est habituellement occasionnée par un événement ou une succession d'événements désagréables qui nous contrarient.

## La déprime

Ce qu'on appelle familièrement la déprime, c'est une réaction provoquée par des événements pénibles ou des situations difficiles. Elle peut être intense, mais elle est généralement passagère. La déprime n'est pas une maladie. La personne déprimée peut manifester des symptômes qui font penser à la dépression. Elle manque d'intérêt et d'énergie, elle a des idées noires, elle est portée à se lamenter : « ça ne file pas », « je ne suis pas dans mon assiette » Mais à la différence de la dépression, qui dure habituellement quelques mois, la déprime ne dure pas très longtemps et ses symptômes sont moins sévères que dans le cas d'une vraie dépression.

La déprime est habituellement occasionnée par un événement ou une succession d'événements désagréables qui nous contrarient. On manque son autobus deux matins de suite, on tombe dans un embouteillage en se rendant à un rendez-vous important, on subit dix jours consécutifs de grisaille et de pluie, et voilà qu'on trouve que le monde va mal et que la vie n'est qu'une succession d'ennuis et d'embêtements. Mais il suffit souvent de passer un week-end ensoleillé, de sortir prendre un verre avec des amis ou de se donner un petit coup de pied au derrière pour se sentir mieux, de nouveau positif et de bonne humeur.

Des événements plus sérieux, une séparation ou une peine d'amour, par exemple, vont occasionner un épisode de déprime plus long, plus intense, avec des insomnies, des larmes et du repliement sur soi. C'est une réaction normale de l'organisme. Heureusement, toutes les personnes qui se séparent ne font pas une dépression. Si elles ont un bon réseau d'amis, une occupation qui les intéresse, la possibilité de se changer les idées de temps en temps, elles vont s'en sortir sans avoir été fragilisées.

## Le burn-out

*Stella, épuisée, retrouve Robert au bar de l'hôtel où ils ont passé la journée dans une séance de négociations très serrée. Je n'en peux plus, dit-elle, si ça continue je vais y laisser ma peau. Je dors mal, à vrai dire je dors de moins en moins. À la maison, je deviens parfois tellement impatiente... À la fin du week-end, ça va un peu mieux, mais dès que je repense aux dossiers qui nous attendent et à notre point sur le statut des surnuméraires qu'il est bien peu probable que nous gagnions, j'ai une boule là et je deviens toute crispée.*

STELLA

Stella est en *burn-out*, ou pas loin. Le *burn-out*, c'est comme une dépression qui serait liée spécifiquement à la situation du travail. C'est pour cela qu'on l'appelle aussi l'épuisement professionnel. Il y a une quinzaine d'années, on me disait très souvent : « Docteur Bexton, je fais un *burn-out*. » Ça faisait noble, c'était presque valorisant. « Je souffre d'épuisement

pro-fes-sion-nel. J'ai mené le bateau à bon port, j'ai fait de mon mieux, j'ai tout donné, et là, je craque. » Donnons quelques exemples. Imaginons un policier qui doit faire la patrouille seul plutôt qu'à deux dans un milieu difficile et dangereux. Le stress continué peut en venir à provoquer chez lui un grave ennui de santé. Juste à l'idée de remonter dans la voiture de patrouille ou à la vue de son uniforme, il a la nausée.

Prenons encore des personnes qui travaillent quotidiennement auprès de gens très malades en institution psychiatrique. C'est un travail très difficile : les malades sont isolés, souvent repliés sur eux-mêmes, ils font des selles sur les murs... Les divers intervenants sont confrontés à ces situations limites jour après jour, et ils se sentent impuissants à bien gérer ça.

Et ce n'est pas plus facile avec la désinstitutionnalisation. Au cours des années 1970, à la suite de quelques expériences heureuses de psychiatrie dans la communauté et grâce à l'arrivée de nouveaux traitements, on a réussi à sortir plusieurs personnes des institutions et à les mettre dans des résidences « en ville ». Quelques années plus tard, on a eu l'idée d'aller plus loin et de sortir les déficients des résidences pour les mettre en appartements. C'était un projet intéressant qui a permis à plusieurs personnes de s'épanouir.

Mais bien sûr, les meilleurs projets ne répondent pas toujours aux attentes des intervenants, qui sont des gens qui croient beaucoup à la libéralisation et veulent vraiment favoriser une plus grande autonomie et une plus grande dignité chez les personnes déficientes. Dans les faits, ça ne fonctionne pas toujours bien et certains malades sont amenés à l'urgence parce qu'ils ont de graves troubles de comportement. Et les voilà revenus aux institutions. Rien d'étonnant à ce que certains intervenants se retrouvent en dépression et doivent consulter à leur tour. Mais ce n'est pas vraiment une dépression. C'est le *burn-out*. Ils composent mal avec le fait que le projet auquel ils croient tellement ne fonctionne pas comme ils l'imaginaient

Le burn-out, c'est comme une dépression qui serait liée spécifiquement à la situation du travail.

Revenons un moment à Stella et Robert engagés dans une négociation en milieu de travail. C'est une sorte de guerre qui implique un niveau de stress élevé. Parce que Robert mène des négociations depuis des années, il a appris avec le temps à défendre les intérêts des groupes qu'il représente et à vivre tout cela avec un certain détachement; ce n'est pas lui qui va être écrasé advenant une perte. Il va faire le mieux possible, il va travailler sur les mécanismes, les contacts, le lobbying, tout ça, pour que ça fonctionne. Mais s'il échoue sur un aspect, « il ne va pas en faire une dépression » comme on dit familièrement. Pour Stella, au contraire, cette négociation est LA

bataille de sa vie! Elle est très impliquée et pour elle, c'est comme tout ou rien. Le détachement n'est pas là. C'est comme si elle portait le syndicat sur ses épaules et se sentait tellement responsable que c'est son identité même qui est engagée là. Alors elle risque de s'épuiser et en cas d'échec ou même de victoire seulement partielle, elle est plus exposée à s'effondrer. C'est pour ça qu'on dit « épuisement » professionnel. Ce n'est pas vraiment une dépression, mais si on n'y prend pas garde, ça peut se transformer en dépression.

Les personnes qui souffrent d'épuisement professionnel présentent certains des symptômes d'une dépression. Cependant, si elles partent en vacances une semaine ou deux, tout se passe très bien, elles en profitent et ça leur fait du bien. La personne dépressive qui part en vacances au contraire revient encore plus déprimée, n'ayant éprouvé aucun plaisir, ce qui lui prouve encore qu'il n'y a pas d'espoir possible.

Pour soigner les personnes qui souffrent de *burn-out*, c'est du côté des attentes que la personne nourrit par rapport à sa tâche et ses responsabilités qu'il faudra travailler, car elles sont parfois trop élevées ou irréalistes, qu'elles aient trait aux résultats escomptés de son travail ou aux exigences de performance que la personne s'impose à elle-même.

## La dépression unipolaire

À la différence de la déprime ou du *burn-out*, la dépression unipolaire est une véritable maladie qui dure en moyenne environ un an. C'est une maladie sournoise qui affecte beaucoup les personnes atteintes, qui sont souvent des personnes très actives au travail. Il ne faut pas penser que parce qu'elles manquent subitement d'intérêt, d'énergie et de motivation, les personnes dépressives sont des personnes paresseuses ou oisives. Ce sont des personnes malades.

### Des symptômes de la dépression unipolaire

*« Non, merci, je n'irai pas jouer au golf avec vous autres. Je n'en ai pas l'énergie. Je ne comprends pas ce qui m'arrive, raconte Bernard. Je suis tellement fatigué... Je suis fatigué parce que je ne dors plus et je ne dors plus parce que je suis trop fatigué. Naturellement, cette fatigue m'empêche d'être aussi productif qu'avant au bureau ce qui me stresse et... m'empêche de dormir. »*

BERNARD

On tombe relativement rapidement en dépression. C'est généralement l'affaire de quelques semaines. Les symptômes sont plus intenses et soutenus que dans un simple épisode de déprime. Par exemple, on a de la *difficulté à s'endormir*, ou *on s'éveille très tôt* le matin, parfois au milieu de la nuit, sans pouvoir retrouver le sommeil. Inversement, certains dépressifs dorment davantage, disons douze à quatorze heures. C'est ce qu'on appelle une dépression atypique.

À la différence de la déprime ou du burn-out, la dépression unipolaire est une véritable maladie qui dure en moyenne environ un an.

Ce qui est caractéristique de la dépression, c'est que même quand on a dormi douze heures, on se réveille fatigué. On n'est pas reposé.

Un autre indice de la dépression, c'est la *perte d'appétit*. On n'a plus envie de manger. Il n'est pas rare qu'une personne perde jusqu'à 10 % de sa masse corporelle en un mois. Il en va de même pour l'appétit sexuel, la *libido*. Comme la personne dépressive perd l'intérêt pour tout, elle perd aussi l'intérêt pour l'activité sexuelle. La libido implique la relation avec une autre personne, un autre « objet » comme on dit en psychanalyse, mais là, la personne dépressive n'a envie de rien. Elle n'a plus d'énergie. Alors il lui arrive de se replier sur elle-même et de diminuer ses interactions avec son entourage.

Perte de sommeil, perte d'appétit, *manque d'intérêt* aussi. Bien sûr, quand on traverse une période de déprime, voire même tout simplement quand on est grippé, on n'a pas envie de faire grand chose, mais on sait que la semaine suivante ou dans un mois, on aura envie de faire des choses. Une personne en dépression, elle, n'entrevoit rien de positif quand elle regarde l'avenir. Elle a facilement l'impression qu'elle ne s'en sortira jamais, et puisque la dépression peut se prolonger plusieurs mois, plus le temps passe, plus elle se décourage.

Autre symptôme de dépression : la *difficulté à se concentrer*. C'est comme si les fonctions

cognitives étaient affectées. Par exemple, face à des questions simples comme « On est quelle date aujourd'hui? », les personnes dépressives vont être portées à dire « Je ne sais pas, je n'ai pas de calendrier... – Oui, mais à peu près quelle date? – Je sais pas, le 8 janvier... » (qui est tout à fait la bonne date). Ou si on leur demande ce que font 100-7, elles pourront dire « Je ne sais pas, ça me prendrait une calculatrice, un crayon... » Si on insiste : « Oui, mais à peu près combien? », elles répondent correctement : « 93 ». Ce n'est pas tellement que le contact avec la réalité soit affecté, c'est que quand la maladie est plus intense, la personne a tendance à amplifier son incapacité à donner la réponse.

Un autre signe qu'une personne souffre de dépression, c'est qu'elle a *des idées noires*. La plupart des gens sont habituellement plutôt optimistes face à la vie. Même s'ils ont une maladie, un problème, ils se disent que ça ira mieux la semaine prochaine ou dans deux mois. Mais une personne en dépression est vite découragée. Elle ne voit pas la possibilité d'en sortir. De plus, elle se sent souvent très coupable. « Ça ne va pas, je ne dors pas, j'ai perdu 10 kilos. Et puis tu sais, ma mère est morte l'an passé et je suis sûre que c'est de ma faute. Je n'étais pas gentille avec elle, elle est morte le cœur brisé à cause de moi, c'est moi la cause, je ne suis pas bonne... Et puis il y a cinq ans j'ai fait une erreur dans ma déclaration d'impôts, il

## Principaux symptômes de la dépression

- Problèmes de sommeil
- Perte d'appétit
- Perte de libido
- Repli sur soi
- Manque d'intérêt
- Baisse d'énergie
- Problèmes de concentration
- Idées noires
- Idées suicidaires

y a dix ans j'ai trompé mon mari... » Et voilà qu'elle se sent tellement coupable qu'elle va aller jusqu'à avouer ses péchés... C'est important de soigner sa dépression avant d'avouer ses péchés. S'exposer à voir débarquer le fisc, ou le mari... ce n'est peut-être pas la meilleure façon de gérer ça !

Un aspect qui préoccupe beaucoup ceux qui vivent avec une personne qui souffre de dépression, et elles ont raison de s'inquiéter, c'est que ses idées noires peuvent lui faire *perdre espoir ou confiance en la vie*. Il est démontré qu'au moins 60 % des personnes en dépression, donc pratiquement deux sur trois, pensent à la mort. « À quoi bon vivre ? Je suis un poids pour les autres comme pour moi-même. Aussi bien mourir. Si je pouvais avoir une maladie ou mourir d'un accident, ce serait fini. J'aimerais mieux que le Bon Dieu vienne me chercher ». Ça, ce sont les pensées passives, si on veut. Mais il y a la terrible face active de cette perte de confiance : « Aussi bien m'enlever la vie ».

C'est *la pensée du suicide* qui se présente. Il est extrêmement important pour les proches d'évaluer le risque du suicide et pour cela, il est utile d'en connaître les phases. Dans un premier temps, la personne se dit : je pourrais me suicider. Puis, elle en vient à se dire : de quelle manière pourrais-je me suicider. Ça devient ensuite un projet, puis un acte, complété ou

non. Je me rappelle cet homme rencontré à l'urgence de l'hôpital et qui était complètement découragé, sur le plan affectif. Sa femme lui avait appris qu'elle l'avait trompé, puis elle était partie en voyage. Très découragé, il s'était mis une corde autour du cou pour se pendre. Mais le plafond n'était pas très élevé et ses pieds touchaient un peu par terre ; vite il s'est rendu compte de ce qui arrivait et a senti, en lui, qu'il ne voulait pas vraiment mourir. Il s'est relevé et est venu demander de l'aide. Malheureusement, d'autres vont jusqu'au bout et se pendent, s'intoxiquent, se jettent en bas d'un pont et se noient...

Il se fait depuis quelques années un immense travail pour essayer d'arrêter ça. Si on ne peut pas toujours arrêter le geste, on peut au moins travailler à le rendre plus difficile ou improbable, ce qui permet d'espérer qu'un plus grand nombre de personnes qui ont des idées suicidaires ne passeront pas à l'acte et s'étant fait soigner, reprendront pied dans la vie. Le contrôle des armes à feu, par exemple, peut indirectement prévenir certains suicides. À Montréal, on a installé le long des trottoirs du pont Jacques-Cartier une barrière d'une rive à l'autre du fleuve. Les gens ont réagi de différentes manières à cela. Certains ont dit : s'ils ne se jettent pas dans l'eau ici, ils vont aller au pont Victoria... Mais si on a pu arrêter juste là le geste de certains, ils auront une chance de récupérer. Car c'est dramatique : le suicide est,

on le sait, une des premières causes de mortalité chez les jeunes.

Il peut y avoir bien des raisons de vouloir mettre fin à ses jours. Une personne impliquée dans une fraude apprenant que les policiers viennent l'arrêter peut se suicider parce qu'elle se sent incapable de faire face publiquement à la honte. C'est une blessure narcissique. Ou encore, au moment du krach boursier de 1929, plusieurs personnes qui sont passées en quelques heures du statut de millionnaire à la pauvreté se sont suicidées. Il y a aussi les suicides d'honneur, comme au Japon, les attentats suicide au Moyen-Orient... Mais en règle générale, il semble que chez nous, 80 % à 90 % des suicides sont reliés à une maladie mentale, comme la schizophrénie, ou surtout à la dépression.

C'est donc une question très grave. On estime qu'au moment où je vous parle, environ 5 % de la population vivrait ou combattrait une dépression. Ça veut dire, au Québec, plus de 300 000 personnes. Approximativement. Et si deux sur trois pensent à la mort, peut-être au suicide, ça fait 200 000 ! Heureusement, 99 % ne passeront pas à l'acte. Moins de 1 %, donc 1 300 ou 1 400 complètent le suicide. Mais c'est déjà beaucoup, beaucoup trop.

Voilà donc une liste de symptômes de la dépression. Dans les pires des cas, on voit à l'urgence des hôpitaux des gens dans des états

On estime qu'environ 5 % de la population vivrait ou combattrait une dépression. De ce pourcentage, deux personnes sur trois penseraient à la mort.

extrêmes, en état de stupeur, ça peut même arriver à la catatonie, c'est-à-dire l'absence ou le refus de contact avec les autres, la passivité, l'immobilisme total.

Heureusement, tout le monde ne présente pas tous ces symptômes! Une personne pourra présenter des troubles physiques comme des migraines, des problèmes intestinaux ou des malaises cardiaques, selon son point sensible.

### Enfants et adolescents dépressifs

L'école, comme le milieu de travail pour les adultes, est souvent le lieu où apparaissent les premiers signes qui invitent à soupçonner un état dépressif chez un jeune. Bien des raisons sans doute peuvent expliquer une baisse du rendement scolaire ou même le décrochage, mais lorsqu'on observe la présence d'autres indices, comme de soudains troubles du sommeil ou de l'appétit, une baisse d'énergie qui se prolonge, l'absence de plaisir, des troubles de concentration, un isolement excessif, du découragement, des idées suicidaires ou des gestes d'automutilation, il serait prudent de soupçonner une maladie et de consulter. C'est aussi à l'adolescence, période faite souvent de passages d'un extrême à l'autre, que se manifestent les premiers signes d'une maladie bipolaire.

Enfants et adolescents vivent la dépression d'une manière différente des adultes parce que leur vie est différente. Ils ne portent sans doute pas la responsabilité de faire vivre une famille, mais ils peuvent plus difficilement s'isoler que les adultes puisque maman ou papa peut faire intrusion dans leur chambre même s'il est écrit sur la porte « On n'entre pas ici ». Des jeunes vont décrocher intérieurement, en prenant de la drogue, par exemple, parce que les drogues leur permettent d'échapper à cette pression. Bien sûr, la consommation de drogues n'est pas nécessairement un signe de dépression, pas plus que l'isolement ou la communication minimale avec les parents, qui sont des traits typiques de l'adolescence. Le problème c'est qu'on ne voit que les comportements, sans savoir vraiment ce qui se passe à l'intérieur. Il n'existe malheureusement pas de « psychoscope » et comme on sait, les parents dont un jeune s'est suicidé se culpabilisent souvent de « n'avoir rien vu venir ». Il est donc très difficile pour des parents, mais aussi pour les frères et sœurs, de même détecter la présence de la maladie. Voilà pourquoi il est si important de consulter.

En conclusion, rappelons qu'il n'existe pas de symptômes spécifiques ou évidents de la dépression. C'est la présence de plusieurs des symptômes que nous venons d'énumérer et leur convergence qui peut mettre un professionnel de la santé sur la piste d'un diagnostic de dépression unipolaire ou bipolaire. Mieux vaut donc ne pas « jouer au docteur » et se risquer à faire seul pareil diagnostic pour soi ou pour un proche, car il peut y avoir bien des raisons qui expliquent une perte de poids ou d'inhabituelles nuits d'insomnie.

### **Des causes de la dépression unipolaire**

Mais alors, *qu'est-ce qui cause la dépression?* Qu'est-ce qui fait qu'une personne qui fonctionnait bien peut voir sa situation se détériorer en quelques semaines? Il y a plusieurs facteurs possibles, que l'on peut regrouper sous trois catégories : l'environnement ou les événements, notre propre psychologie dont notre histoire familiale, et les changements biologiques.

**L'environnement ou les événements.** C'est souvent un événement perturbant qui déclenche la dépression, comme un deuil ou la perte d'un emploi, ce qui peut malheureusement arriver à n'importe qui. Parfois, cet événement du présent vient réactiver un événement traumatisant du passé. Une séparation amoureuse, par exemple, peut disposer à la dépression si elle vient réveiller un sentiment d'abandon qui a marqué l'enfance. Pourtant,

toutes les personnes qui perdent un être cher ou un emploi, ou qui ont été abandonnées, ne font pas une dépression et au contraire, bien des personnes qui n'ont pas été abandonnées, qui ont été entourées d'affection et qui ont réussi des choses « tombent » en dépression. Des événements traumatisants n'expliquent pas à eux seuls la dépression.

**Notre psychologie propre.** Certaines personnes ont des traits de personnalité qui les exposent davantage à faire une dépression. C'est le cas, par exemple, des perfectionnistes qui ont des exigences élevées et rigides par rapport à la réussite de ce qu'elles entreprennent ou par rapport à un idéal personnel. Elles veulent toujours donner 100 %, on entend parfois « donner leur 110 % » ! Pour elles, réussir à 90 %, c'est un véritable échec qu'elles ont peine à se pardonner. Dans un autre domaine, les personnes qui ont été victimes d'événements traumatisants ou de carences dans leur enfance sont plus vulnérables. Elles sont un peu comme un petit chien ou un petit chat qui a été maltraité et qui demeure toujours craintif. Elles sont sur leurs gardes, sont facilement méfiantes et portées à interpréter comme une menace des comportements assez anodins ou neutres. Elles sont donc continuellement en état de stress.

## Autres titres de la collection



**Vivre avec**  
un proche impulsif,  
intense, instable  
*Sandra D'Auteuil,*  
*infirmière psychiatrique*  
*Caroline Lafond,*  
*travailleuse sociale*



**Vivre avec**  
un enfant qui  
dérange  
*D<sup>r</sup> Gilles Julien,*  
*pédiatre social*



**Vivre avec**  
l'homosexualité  
de son enfant  
*Sylvie Giasson,*  
*auteure et conférencière*



**Vivre avec**  
un proche  
gravement malade  
*D<sup>r</sup> Yves Quenneville,*  
*psychiatre*  
*D<sup>r</sup> Natasha Dufour,*  
*psychiatre*

Consultez le site consacré aux ouvrages de la collection  
[www.bayardlivres.ca/vivreavec](http://www.bayardlivres.ca/vivreavec)

## À vous la parole

Vous avez aimé ce livre?

Vous avez des commentaires  
ou des suggestions à nous faire?

Écrivez-nous à

[edition@bayardcanada.com](mailto:edition@bayardcanada.com)







**L**a dépression. On n'est jamais prêt quand un de nos proches en est atteint. Même quand on l'a sentie venir. Il faut voir l'autre sombrer rapidement, ou s'enliser peu à peu, pour découvrir combien, face à lui ou à elle, on est sans ressources. C'est fort ce qui se bouscule alors à l'intérieur de celui ou celle qui, sans l'avoir vraiment choisi, doit « vivre avec » : l'inquiétude, la peur de commettre des maladresses, l'incompréhension de ce qui se passe, la tristesse de voir l'autre diminué, le sentiment d'impuissance, et jusqu'à la honte et au sentiment de culpabilité.

Et il y a tant de questions... **Comment rester proche tout en se protégeant d'être aspiré par la détresse de la personne dépressive?** Comment continuer de vivre sa propre vie sans avoir l'air de se désintéresser d'elle? Comment éviter de la surprotéger sans qu'elle se sente abandonnée et livrée à elle-même?

Ce livre prend le temps de démystifier la dépression unipolaire et la dépression bipolaire, d'expliquer comment on les traite et d'en décrire les évolutions possibles. Mais surtout, **ce livre présente aux proches des stratégies concrètes et accessibles pour vivre avec une personne dépressive** en étant auprès d'elle une présence rassurante, réconfortante et efficace tout en évitant d'y laisser sa peau.

*« L'un des plus grands mérites de cet ouvrage est de nous décharger de ce lourd fardeau qu'est la culpabilité, tant la culpabilité de la personne malade devant son état que celle des proches face à leur impuissance. »*

— Jocelyne Monty,  
PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
FONDATION DES MALADIES MENTALES



C. BAUGRAND-CHAMPAGNE

Président de l'Association des médecins psychiatres du Québec, le docteur BRIAN G. BEXTON est psychiatre et psychanalyste. Il œuvre à la Clinique spécialisée des maladies affectives à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et enseigne à l'Université de Montréal. À titre de bénévole et de vice-président, il est très impliqué auprès de l'Association REVIVRE, qui a pour mission de venir en aide aux personnes atteintes de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires ainsi qu'à leurs proches, et ce, partout au Québec. Le docteur Bexton donne souvent des conférences aux médecins, aux psychiatres et au grand public.



Extrait de la publication

978-2-89579-805-7  
www.bayardlivres.ca