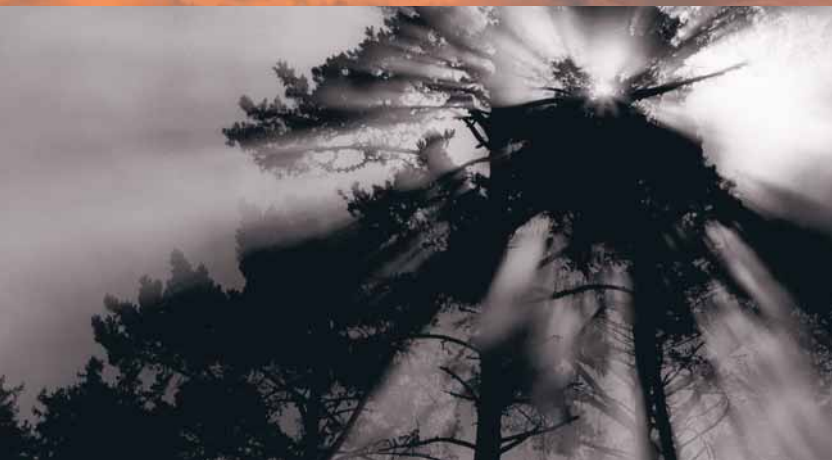


Dépressions, atteintes maniaco-dépressives



Les médicaments à l'arc-en-ciel

mepha



Dépressions, atteintes maniaco-dépressives

Mon âme vogue à la dérive
Muet je crie en vain mon émoi
Ma souffrance est trop vive
Au bord de l'abîme, je me tourne vers toi

Toute la joie a quitté mon cœur
Le réconfort du sommeil me fuit
La vie n'est plus que douleur
La lassitude me saisit

Je ne suis plus moi, je ne suis que misère
Je me sens si vide, si coupable
J'ai peur, l'angoisse m'enserme
Et vivre m'est impensable

Je ne suis que tristesse, ne rêve que de mort
Un fardeau trop lourd à porter
Mon Dieu, réponds-moi je t'implore
Pourquoi m'as-tu abandonné

Auteur: Barbara Hochstrasser

Dépression: lorsqu'un épais brouillard enveloppe l'être

- Dépression oui ou non? 10
- Les signes d'une dépression: la maladie des «manques» 12
- Est-ce que je souffre de dépression? 16
- Comment le médecin pose-t-il le diagnostic? 18
- Est-ce que les dépressions sont courantes? 19
- Pourquoi devenons-nous dépressifs? 20
- Déroulement d'une dépression 22

Que faire quand l'âme sombre dans la mélancolie?

- Comment dois-je me comporter face à une personne dépressive? 26
- Que puis-je faire moi-même? 28
- Dépression et famille 30
- Quelles répercussions la dépression a-t-elle sur mon couple? 33
- Que signifie la dépression pour le cercle d'amis? 34
- Comment va réagir mon employeur? 35
- Le traitement de la dépression 36
- Le traitement non médicamenteux 37
- Le traitement médicamenteux 39
- Déroulement du traitement de la dépression 40
- Le danger de suicide 43
- Mythes et faits autour du suicide 45
- Que puis-je faire face à des idées suicidaires aiguës? 46

Des hauts et des bas à l'extrême (la maladie maniaco-dépressive)	49
■ Signes de la manie	50
■ Les personnes atteintes	51
■ Qui tombe malade et à quelle fréquence?	52
■ Causes possibles	53
■ Le déroulement	55
■ L'entourage social	56
Annexe	59
■ Activités qui pourront vous aider à mieux affronter votre quotidien	60
Notes	63
■ Suggestions de lectures	64
■ Groupes d'entraide et de proches, adresses utiles	68
■ Liens utiles	71



Dépression: lorsqu'un épais brouillard enveloppe l'être

Souvent insidieux, d'abord discrets, comme la pénombre automnale, surgissent les signes d'une dépression. L'atmosphère du quotidien devient pesante, dénuée d'énergie, de joie. Peurs et sentiments de culpabilité prennent le dessus et entravent la qualité de vie.

Reconnaître ces symptômes à temps, les interpréter avec précision et offrir une aide individuelle est d'une importance capitale. Nous montrons la voie.

Dépression oui ou non?

Les dépressions entravent la capacité de raisonnement, les émotions et le comportement, ainsi que la motivation et le bien-être physique de la personne qui en souffre. Du point de vue biologique, ceci s'explique par un manque de neurotransmetteurs, les messagers chimiques du cerveau.

Une dépression peut s'installer de manière lente et presque imperceptible ou alors subitement. Parfois une lourde épreuve personnelle la précède, parfois aucune raison apparente ne semble exister. On distingue différents degrés de gravité – de la dépression mineure à la dépression majeure. La durée d'un épisode dépressif varie de quelques semaines à plusieurs mois.

Il faut différencier la dépression de la tristesse. Après une déception, un échec ou une grande perte, nous sommes tristes – un sentiment tout à fait normal. La tristesse est limitée dans le temps et nous arrivons à la surmonter. La poursuite des activités de tous les jours n'en pâtit pas, ou alors que très peu. La personne atteinte d'une dépression, par contre, ne parvient qu'à peine ou plus du tout à faire face au quotidien. Elle est incapable de ressentir de la joie, ne sait plus prendre de décision. Toute tentative de la sortir de ses pensées ou de sa morosité reste vaine.

La dépression n'est pas une défaillance personnelle, ni une faiblesse individuelle, mais plutôt une maladie qui touche la personne dans sa globalité.



Les signes d'une dépression: la maladie des «manques»

- **Humeur:** Un sentiment persistant de lassitude, profonde tristesse, abattement et démoralisation, l'impossibilité de gérer ses émotions (être sans cesse en larmes ou ne plus pouvoir pleurer), un vide intérieur, l'incapacité à prendre des décisions.

L'humeur dépressive est très souvent plus forte le matin (déprime matinale). Elle fait très mal: seul celui qui a lui-même souffert d'une dépression peut imaginer cette douleur.

- **Motivation:** Absence de motivation. N'arriver que péniblement à affronter les défis quotidiens, perte de la force motrice intérieure, énergie diminuée, capacité de travail réduite.
- **Intérêt:** Perte de joie et d'intérêt pour presque tout.
- **Confiance en soi/estime de soi:** La personne dépressive se sent sans valeur et pense que d'autres patients auraient davantage besoin d'aide qu'elle. Sa conviction est que ses lamentations ennuient certainement son entourage.
- **Difficultés de concentration, de perception et de mémorisation:** La perception des personnes atteintes se limite aux contenus négatifs ou alors elles ont tendance à donner une appréciation négative aux choses. Des troubles de concentration et de mémoire surgissent, car il manque toute envie de se confronter aux impératifs journaliers («Je n'arrive plus à assumer tout ceci, je ne suis même pas capable d'accomplir les tâches les plus simples»).

- **Les sentiments de peur et de culpabilité** sont fréquents. Très souvent, la différenciation entre la dépression et les troubles d'anxiété est difficile. Dans le cadre de cette interconnexion entre la peur, le désespoir et la tristesse, des idées fixes (idées délirantes) peuvent germer: le dépressif croit, par exemple, avoir échoué, être responsable de tout ou qu'il va tomber dans la pauvreté. Fréquemment, les personnes touchées ont l'impression d'être personnellement responsables de leur état. D'autres désignent certains événements de leur vie comme cause de leur dépression, en indiquant la plupart du temps des faits en regard desquels le dépressif se dénigre ou s'accuse lui-même. Ce comportement conduit à une nouvelle aggravation de la symptomatique dépressive.
- **Penser:** Des réflexions négatives («Je suis un fardeau pour ma famille», «Je n'ai pas d'avenir», etc.) reviennent sans cesse (ruminer). La propre perception et appréciation arbitraire des choses devient réalité, on voit tout en noir – bien plus noir que cela se présente concrètement. Des pensées ou des intentions de mettre fin à sa vie (suicide) naissent.
- **Symptômes psychomoteurs:** Le mouvement et la position sont gênés, ralentis, la mimique fait défaut, la gestuelle paraît morne, douloureuse. D'autres dépressifs ressentent par contre une énergie presque insupportable qui les pousse à bouger et à s'affairer sans but précis.
- **Bien-être physique:** Une observation accentuée de soi-même résulte souvent en des craintes exagérées d'être malade. Ceci peut renforcer encore l'isolement du concerné. Lorsque les symptômes sont essentiellement somatiques, on parle d'une dépression masquée (quand l'âme se tait, le corps crie). Ces manifestations comprennent l'insomnie et des troubles du sommeil, le manque d'appétit, la perte de libido, des problèmes de digestion, une sensation d'oppression dans la poitrine, des maux de tête, des vertiges, etc.
- **Changements dans les relations du couple, avec les amis et la famille:** Les personnes dépressives se renferment sur elles-mêmes, n'ont plus de plaisir à entretenir les contacts. L'atmosphère sans cesse étouffante, la peur, la culpabilité, le désintérêt ainsi que l'absence de désir sexuel se répercutent sur les rapports au sein du couple.

Chez les enfants et les jeunes, une dépression peut également se manifester sous forme de troubles du comportement ou de difficultés d'apprentissage scolaire, chez les personnes plus âgées, les problèmes de mémoire sont souvent au premier plan. Il n'est alors pas rare que ceux-ci prêtent à confusion avec la démence.

La **dépression de vieillesse** affiche certaines particularités: le diagnostic d'une dépression liée à l'avancée en âge n'est pas aisé, les symptômes significatifs étant fréquemment interprétés à tort comme conséquence naturelle du processus de vieillissement. De plus, il existe des différences marquées au niveau des manifestations de la maladie. Le fait que certains signes d'une dépression puissent également apparaître lors de pathologies neurodégénératives typiques du vieil âge, telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson ou l'artériosclérose du cerveau, rend également plus difficile le dépistage précoce d'une dépression chez les personnes âgées.

Les patients d'un âge avancé souffrent souvent de plusieurs maladies à la fois et doivent prendre nombre de médicaments. Ces deux circonstances peuvent contribuer à favoriser la survenue d'une dépression. Parallèlement, les personnes âgées sont plus souvent confrontées à des événements pénibles de la vie que les patients plus jeunes, qu'il s'agisse du décès de proches ou d'atteintes dans leur propre santé. Ces situations de perte comptent parmi les éléments déclencheurs d'un épisode dépressif dans la vieillesse. Aujourd'hui, les facteurs de risque connus pour les dépressions chez les personnes âgées sont les dépressions récurrentes dans l'anamnèse, un profil de personnalité dépressive, la solitude et l'isolement affectif, **un manque de soutien social et des conflits avec les amis et les membres de la famille.**



Est-ce que je souffre de dépression?

En répondant au **bref questionnaire pour le dépistage rapide d'une humeur dépressive** développé par le Dr J. Margraf, professeur à la clinique psychiatrique universitaire de Bâle, il est possible de déterminer de manière prompte, simple et fiable, si le déclin du bien-être que vous ressentez peut être d'origine malade.

Instructions pour le remplir:

Lisez soigneusement les questions. Il s'agit d'une liste de problèmes et d'indispositions, que chacun d'entre nous connaît. Définissez dans quelle mesure ces troubles vous ont incommodé ou gêné au cours des sept derniers jours. S.v.p., n'essayez pas de réfléchir quelles affirmations feront la meilleure impression, mais remplissez le questionnaire en toute franchise. Pour chaque énoncé, marquez d'une croix (X) la case qui correspond le plus exactement à votre situation. Veuillez répondre à chaque question!

Indications pour l'évaluation:

Comptez les croix de chaque colonne et multipliez la somme obtenue par la pondération indiquée pour la colonne en question. Additionnez par la suite les points et comparez le nombre total avec le **tableau d'évaluation** ci-après:

- 0–3 points:** Vous pouvez partir du principe que vous **vous ne souffrez pas d'une dépression.**
- 4–6 points:** Il s'agit **peut-être d'une dépression légère.**
- plus de 7 points:** Pour poser un diagnostic précis, il serait judicieux de consulter votre médecin de famille. Ce dernier est le plus à même de savoir si un traitement doit éventuellement être envisagé.

	Pas du tout	Peu prononcé Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Moyen Cela a été très désagréable, mais j'ai pu le supporter	Extrême J'arrivais à peine à le supporter
Pondération	0	1	2	3
1. Manque d'énergie ou ralentissement dans les mouvements ou au niveau de la pensée				
2. Abattement				
3. Sentiment de ne s'intéresser à rien				
4. Sentiment de découragement face à l'avenir				
5. Sentiment que tout demande beaucoup d'effort				
6. Sentiment d'être sans valeur				
Ne pas remplir s.v.p.	0	Σ _____	+Σ _____	+Σ _____
			= Σ total	

Comment le médecin pose-t-il le diagnostic?

Le diagnostic est basé sur les constats suivants:

- troubles décrits spontanément, déroulement jusqu'ici,
- anamnèse établie de manière orientée,
- tests,
- prise en compte de facteurs individuels (éléments déclencheurs, conflits, autres maladies, antécédents familiaux).

Est-ce que les dépressions sont courantes?

Les dépressions comptent parmi les maladies les plus fréquentes. En moyenne, trois à cinq pour cent de la population mondiale souffre de dépressions (au total quelque 120 à 200 millions de personnes). La probabilité d'éprouver une fois une dépression au cours de son existence est estimée à 20–30%.



Pourquoi devenons-nous dépressifs ?

La plupart du temps, ce sont **plusieurs raisons** qui conduisent à une dépression. Elles se situent dans le domaine psychique, physique et social.

Chez certaines personnes, il existe une vulnérabilité innée ou personnelle qui favorise l'apparition d'une dépression. Cette **disposition mentale de l'individu** peut être due à l'hérédité ou provenir d'influences défavorables, de long terme, au sein de la famille ou alors par l'éducation.

Par ailleurs, des **éléments déclencheurs déterminés** sous forme d'événements ou circonstances de la vie qui sont au-dessus des forces de la personne concernée jouent un rôle décisif dans la survenue d'une dépression. À savoir :

- expérience de perte (décès d'un proche, séparation ou divorce)
- échecs (carrière professionnelle, examen)
- coups du sort
- stress continu (par ex. maladies comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, etc., problèmes majeurs dans la relation du couple, difficultés sur le lieu de travail)
- crises existentielles.

Différentes affections physiques peuvent provoquer une dépression, de même que des changements au niveau hormonal (toute forme d'hyperthyroïdie, accouchement, vieillesse, etc.). La prise de médicaments et les maladies de dépendance figurent également parmi les déclencheurs de dépressions.

Très souvent, la dépression est précédée d'une perte vécue ou d'un autre événement pénible. Il s'agit dans ce cas d'une **dépression réactionnelle**. Si aucun facteur manifeste de déclenchement ne peut être décelé, on parle d'une **dépression endogène**.

L'organisation mondiale de la santé rend les causes suivantes responsables de la **fréquence augmentée des dépressions** :

- effondrement des structures familiales
- solitude dans la masse
- atteinte d'un âge très avancé
- diagnostic plus précis
- abus de médicaments
- comportement de dépendance
- pertes de normes idéologiques et religieuses.

Important: la **dépression n'est pas un signe de faiblesse personnelle ou de propres erreurs**. Les symptômes ressentis par une personne dépressive sont l'expression d'une maladie et ne sont pas révélateurs de sa personnalité profonde.



Déroulement d'une dépression

La dépression peut connaître une **évolution graduelle** ou alors un **épisode aigu**. S'il arrive que le trouble dépressif n'apparaisse **qu'une seule fois**, les **phases répétées** après des périodes d'accalmie plus ou moins longues sont plus fréquentes. Les dépressions chroniques, où aucune amélioration ne se fait sentir à long terme, sont rares. Par contre, les phases dépressives peuvent alterner avec les phases maniaques dans ce qu'on appelle la maladie maniaco-dépressive (décrite en détail plus loin dans cette brochure). Parfois, une dépression disparaîtra d'elle-même au bout de quelques semaines. Plus fréquemment, elle persistera des mois, voire des années. Sans traitement, sa durée moyenne est de quatre à six mois. Certaines maladies physiques peuvent influencer sur le développement d'une dépression. Ainsi, chez les personnes âgées, la diminution du fonctionnement cérébral, par exemple en raison d'un apport insuffisant d'oxygène, joue un rôle aggravant.

Un traitement approprié permet de soulager de façon significative les troubles lors d'un épisode dépressif et d'en réduire considérablement la durée.





Que faire quand l'âme sombre dans la mélancolie?

Il faut toujours prendre les dépressions au sérieux. Sollicitude, soutien et patience comptent autant que la conscience de ses propres limites physiques et psychiques. Le tact et la capacité de se mettre à la place de l'autre sont des alliés précieux et constituent la base d'un partenariat, en étroit contact avec la famille, les amis et l'employeur. Les dépressions se soignent bien. Un traitement débuté à temps associé à un bon suivi aboutit à des solutions.

Comment dois-je me comporter face à une personne dépressive?

Les personnes dépressives ont souvent l'impression d'être complètement seules et isolées. Il est très bénéfique d'associer au traitement l'entourage des patientes et des patients, à savoir la ou le conjoint(e), la famille, les ami(e)s intimes, car en règle générale les proches aimeraient aider, mais ne savent pas comment s'y prendre. La méthode doit être discutée ouvertement et de manière facile à comprendre avec le concerné. Il faut éviter de poser des exigences trop grandes.

■ La dépression est une maladie sérieuse et non une question de volonté

Les dépressions peuvent se traiter et sont guérissables. Mais les tentatives de pression, les appels à la volonté, comme «Secoue-toi! Ne te laisse pas aller! Fais-le pour moi! Pense positif!», voire des reproches, nuisent au dépressif. Seule la maladie doit être tenue responsable de ce qui se passe, jamais la personne atteinte – un peu comme pour la baisse de la pression artérielle dans l'hypertension, qui n'est pas non plus une question de volonté. Les conseils bien intentionnés, les «prêches moralisateurs» et les tentatives d'encouragement ne font qu'enfoncer davantage le dépressif dans la situation sans issue où il croit se trouver.

■ Écoute, soutien, patience

Manifester votre envie d'aider, faites preuve de patience et prenez le temps d'écouter, soyez attentif et montrez de la compréhension. Évitez cependant la pitié et d'assister à de longues lamentations. Renoncez autant que possible à donner des conseils, surtout ceux qui promettent des solutions rapides. Des efforts pour changer les idées peuvent empirer la situation, la personne dépressive a l'impression qu'on ne la prend pas au sérieux et en ressent de la déception.

■ Éluder les décisions ou les prendre soi-même

Les dépressifs ont beaucoup de peine à se décider, parfois ils n'y arrivent plus du tout. Du fait qu'ils ont une perception altérée à bien des égards, ils sont souvent dans l'incapacité d'interprétations concrètes. Il s'agit dès lors de les dissuader d'entreprendre des démarches

lourdes de conséquences, telles que démission de son poste de travail, séparation du couple, vente de la maison, etc. Pour commencer, les décisions mises en œuvre devraient s'appliquer uniquement à des priorités de la vie quotidienne: ceci concerne par exemple l'alimentation, la consultation chez le médecin, la prise du médicament, l'exercice physique ou les soins corporels.

■ Prendre les idées suicidaires au sérieux

Des réflexions concernant l'autodestruction (suicide) accompagnent souvent une dépression. En parler ouvertement ne conduit pas à l'acte, cela permet plutôt au concerné de lâcher du lest. Plus les intentions et/ou préparatifs se font évidents et plus le repli sur soi, l'isolement et les signes de lassitude et de désespoir se multiplient, plus grand est le risque d'attenter à ses jours. Lorsque des idées suicidaires apparaissent, il est absolument nécessaire de faire appel à une aide professionnelle.

■ Les vacances ou le changement de décor ne sont pas une solution

Des tentatives de distraction par des vacances ou un environnement inconnu sont plutôt vécues comme un stress et n'apporteront pas le mieux-être escompté. L'objectif consiste à ce que les concernés puissent de nouveau maîtriser leur quotidien. L'amélioration de l'état est indispensable pour ouvrir de nouvelles perspectives (cures/vacances). Dans le cas contraire, le sentiment de solitude pourrait se renforcer, incitant la personne à «ruminer» et éventuellement à avoir des idées suicidaires.

■ Respecter ses propres limites physiques et psychiques

Ce n'est pas un engagement corps et âme, mais la répartition des forces – un accompagnement de longue haleine – qui se montreront utiles. La condition pour y parvenir est de ménager ses propres ressources: maintenir les contacts sociaux, prendre le temps de recharger ses batteries, se rendre compte lorsque cela devient trop lourd et accepter de l'aide extérieure (groupes d'entraide, médecin de famille, psychothérapeutes).

Que puis-je faire moi-même?

Malgré le désespoir et le manque de motivation, les personnes dépressives devraient s'imposer certaines lignes conductrices dans leur façon de trouver leur chemin face à la maladie.

Il est important de structurer votre journée, autrement dit, en planifier le déroulement et établir un emploi du temps clair. Ce faisant, orientez-vous sciemment d'après vos activités quotidiennes habituelles (lever du matin, hygiène corporelle, promenade, achats, lecture du journal, ménage) et spécifiez des heures précises pour leur exécution.

Les objectifs fixés en même temps que l'horaire de la journée doivent être faciles à cerner, concrets, plaisants et faisables. Déjà de tout petits progrès comme parvenir à respecter le planning prévu permettent de connaître, même dans la phase dépressive, une sensation de réussite. Le sentiment d'incapacité et d'être livré à soi-même diminue. Par ailleurs, durant la phase dépressive, vous ne devriez pas prendre de décisions importantes, par exemple celles concernant votre couple.

Pendant une dépression, la capacité de performance est réduite. Ceci engendre des reculs dans différents domaines. Ils font partie du tout et ne sont pas une conséquence de votre échec personnel, mais de la maladie dépressive. Le retour à la surface des profondeurs de la dépression se fait par paliers.

Le mouvement et une alimentation saine sont importants. Les activités physiques aussi élémentaires qu'elles soient et que nous effectuons sans nous en rendre compte, jour après jour, lorsque nous sommes bien portants, jouent un rôle essentiel pour le mieux-être des personnes atteintes d'une dépression, car elles éloignent les idées noires. Il s'agit d'adapter ces activités à l'état du moment et de les planifier d'une manière facilement gérable: les promenades devraient ne pas durer trop longtemps, les tours à vélo correspondre aux forces actuelles. Le fait de prendre chaque

jour une douche peut devenir un défi et ne doit pas être considéré comme allant de soi. Même si vous manquez complètement d'appétit, que plus rien ne semble éveiller vos papilles gustatives et que vous n'avez aucune envie de manger quoi que ce soit, veillez à une alimentation régulière, saine et équilibrée. Essayez de vous motiver à prendre de petits repas répartis sur la journée. Renoncez par contre à boire de l'alcool. Ceci d'une part en raison de l'interaction avec les médicaments qui agissent sur le psychisme, et d'autre part parce que l'humeur dépressive s'en trouvera, après un court soulagement, encore plus intense. Les soucis ne peuvent être noyés. La boisson réduit plutôt la faculté de reconnaître des aides efficaces provenant, par exemple, de l'environnement personnel.

Essayez d'**informer** le cercle de vos proches (famille/amis/voisins, etc.) de votre maladie. Impliquez les personnes avec lesquelles vous avez le plus de contact dans la planification de votre journée. Créez par le biais **de votre** entourage un climat qui vous empêche de vous isoler. Les amis et voisins aident volontiers, mais ils ont souvent besoin que vous fassiez le premier pas.

Prenez **régulièrement vos médicaments**. Si vous doutez de leur nécessité, parlez-en le plus rapidement possible à votre médecin de famille. Mettez en place un système vous assurant de ne pas oublier vos rendez-vous chez le médecin et pour d'autres traitements.

Dépression et famille

Lors d'une dépression surgissent souvent différentes questions autour du thème «famille»: Qu'est-ce qui fait le plus souffrir la famille? Quels moyens a-t-elle déjà pris pour résoudre le problème? Quels sont les (différents) modèles explicatifs de la dépression utilisés dans la famille? De quelle manière les relations au sein de la famille ont-elles été modifiées par la maladie (problèmes de communication)? Est-ce que les autres membres expriment encore leurs propres besoins ou s'en privent-ils par crainte de mettre un surcroît de pression sur les épaules du proche dépressif? Des entretiens communs, également avec une personne assurant le suivi médical, peuvent avoir un effet éclairant et secourable. Encouragez activement de tels échanges!

Comment la famille réagit-elle face à la peur que le dépressif puisse mettre fin à ses jours? Des discussions en famille sur ce thème difficile sont un bon moyen pour décompresser. Les bonnes relations empêchent très souvent l'acte désespéré du suicide, bien qu'il ne puisse jamais être totalement exclu.

Parler de sa suicidalité ne poussera pas la personne concernée à attenter à sa vie. Une responsabilité partagée représente par contre un soulagement et permet ainsi de continuer à porter ce terrible fardeau. La question d'une éventuelle admission à l'hôpital devrait également être débattue en famille avec l'aide du médecin traitant. Une hospitalisation peut devenir nécessaire si l'état de la personne dépressive fait que la responsabilité pèse trop lourd sur la famille ou si pendant un certain temps, par exemple en raison d'idées suicidaires, la prise en charge par un établissement hospitalier s'impose. Certes, le séjour à l'hôpital ne résoudra pas le problème, mais les proches bénéficieront d'une «pause pour respirer». Par la suite, ils pourront de nouveau être intégrés au concept de traitement par le personnel hospitalier chargé de s'occuper du dépressif.



Quelles répercussions la dépression a-t-elle sur mon couple?

Les problèmes relationnels engendrent facilement des dépressions, tandis que l'entourage (partenaire, amis, famille et collègues de travail) du dépressif est fortement affecté par sa maladie et le comportement qui en résulte. Très souvent, par rapport aux proches surtout, cette charge n'est pas assez prise en compte. Il faut dès lors «protéger» le patient mais aussi ceux qui partagent sa vie.

La communication au sein du couple se déroule généralement selon un schéma typique: la personne dépressive se plaint fréquemment, émet des observations négatives et s'attend à ce que les autres solutionnent le problème à sa place. De l'autre côté, la ou le partenaire fera preuve d'un comportement critique ponctué de commentaires souvent négatifs, voire de reproches, et d'un soutien tout aussi négatif ou ambigu. La situation peut être rendue plus facile si les besoins et les attentes réciproques sont exprimés clairement et peuvent être discutés.

La compassion et la compréhension qui existent au début face à toute cette souffrance provoquent avec le temps l'épuisement des proches et les incitent à prendre leurs distances. Le dépressif se trouve ainsi encore plus isolé, ce qui ne fait qu'aggraver sa maladie.

En règle générale, une vie de couple satisfaisante et harmonieuse influence positivement l'intensité et l'évolution de la dépression. En d'autres termes, chez ces patients elle se montrera moins destructrice et se déroulera d'une manière plus favorable avec une guérison plus rapide et un moins grand risque de récurrence. Ceci n'est pas étonnant, car c'est auprès du partenaire que l'on recherche en premier lieu l'affection et l'aide dont on a urgemment besoin. La dépression de la personne aimée est une situation de stress extrême. La capacité de s'entraider dans pareil cas dépend fortement de la qualité de la relation.



Que signifie la dépression pour le cercle d'amis?

Un bon soutien par les amis, connaissances et membres de la famille peut atténuer les symptômes de la dépression et avoir une influence positive sur l'évolution de la maladie. La condition en est que ces gens s'engagent à long terme et sachent bien fixer leurs limites. Il est important de tenir compte des besoins du dépressif, mais aussi de ceux des amis et connaissances. Des groupes d'entraide ou le soutien de professionnels peuvent jouer un rôle essentiel dans ce contexte.

Comment va réagir mon employeur?

Du fait qu'une incapacité de travail passagère est susceptible de survenir, la peur est grande de voir le concerné perdre sa place de travail pendant ou après une dépression. Les réactions des employeurs diffèrent passablement: d'un comportement tout à fait adapté à la situation avec la mise en place de bonnes conditions de reprise du travail et un cahier des charges modifié, où les facteurs de stress ont peut-être été réduits, jusqu'au licenciement pur et simple – tout est envisageable. Des conseils d'ordre général ne sont guère possibles, car pour chaque cas, le rapport avec l'entreprise, avec le supérieur, avec l'entourage professionnel dans le sens large du terme doit être examiné avant qu'une bonne solution puisse être trouvée.

Lors de discussions avec l'employeur, le thérapeute s'informer sur la voie à suivre. Dans certains cas, il faudra chercher conseil en matière de droit des assurances sociales. Il sera éventuellement aussi nécessaire de demander une assistance juridique.

Le traitement de la dépression

Les dépressions sont des maladies qui réagissent bien aux traitements. Ont fait leurs preuves une combinaison d'entretiens de soutien (psychothérapie), des mesures prises dans l'environnement social, par exemple sur le lieu de travail (sociothérapie) et un traitement médicamenteux (pharmacothérapie).

En cas d'atteinte légère, des entretiens de soutien avec la personne concernée, éventuellement avec ses proches, la mise en place d'une structure journalière et, par exemple, l'adaptation de la capacité de travail par rapport à la thérapie suffisent parfois – un traitement médicamenteux peut s'y ajouter.

Pour les dépressions de gravité moyenne, outre les antidépresseurs, d'autres médicaments sont prescrits, notamment contre les troubles du sommeil ou l'anxiété sévère.

Et finalement, lors de dépressions graves, plusieurs antidépresseurs sont souvent associés; l'appel à un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie est judicieux. Une hospitalisation peut s'avérer nécessaire.

Le traitement non médicamenteux

La base de tout traitement d'une dépression est une relation solide, basée sur la confiance entre le patient et le thérapeute. Dans le cadre d'un soutien psychothérapeutique, le patient rencontre la compréhension et la sécurité. Pendant la période difficile que dure la dépression, les praticiens sont à considérer comme partenaires des personnes atteintes, qui collaborent avec elles pour parvenir à un objectif sensé.

Par ailleurs, les différentes thérapies – musique, danse, chant, mais aussi peinture, bricolage, etc. (**ergothérapie, thérapie du mouvement, art-thérapie**) – se montrent très efficaces pour le traitement des personnes dépressives. Pour combattre les troubles physiques dont le dépressif souffre fréquemment, **exercices de détente, massages et gymnastique** sont autant de méthodes employées avec succès.



Sachant qu'une planification exacte de la journée est un élément essentiel, on discute avec le patient pour définir comment il pourra mettre cela en pratique. La question de la capacité de travail et du réseau de contact nécessaire avec un entourage de soutien est également abordée. D'une manière générale, la proche parenté, les amis et éventuellement l'employeur sont associés au traitement et au suivi. La durée et la fréquence des entretiens dépendent des possibilités du patient, respectivement du degré de gravité de sa maladie.

Les patients dépressifs sont soignés en premier lieu par leurs médecins de famille, parfois en collaboration avec un spécialiste. Lorsque les formes de traitement ambulatoire, complétées par des groupes d'entraide et un soutien psychosocial, n'aboutissent pas, s'il existe des indices d'un danger vital réel pour la personne concernée ou que l'atteinte est très importante, des soins stationnaires dans un hôpital psychiatrique sont alors nécessaires.

Le traitement médicamenteux

Les médicaments exerçant une action favorable sur l'humeur, les dits antidépresseurs, permettent de traiter efficacement les dépressions. Ceci est particulièrement valable en cas d'épisodes dépressifs de gravité moyenne à sévère. Les antidépresseurs interfèrent dans le processus de transmission biologique d'informations entre les cellules nerveuses du cerveau, en agissant sur les neurotransmetteurs produits naturellement par le corps. Le traitement par les antidépresseurs sert à rétablir l'équilibre de ces messagers ce qui résulte en une amélioration des symptômes liés à la dépression.

Aujourd'hui, on trouve sur le marché plus de 20 différents antidépresseurs, tous très efficaces, mais qui se distinguent par leurs éventuels effets secondaires. Suivant les symptômes dominants et selon le degré de gravité, le médecin choisira tel ou tel produit thérapeutique. Pour agir, les antidépresseurs doivent être pris régulièrement. Ce ne sont ni des tranquillisants, ni des somnifères et ils n'entraînent pas non plus l'accoutumance ou la dépendance. Les antidépresseurs nécessitent en moyenne un temps d'action d'une à deux semaines pour apporter le soulagement des troubles dépressifs. L'équilibre bouleversé des messagers ne saura en effet être rétabli que progressivement. Dans ce sens, les antidépresseurs peuvent être comparés à des médicaments contre l'hypertension artérielle.

Il n'est pas d'emblée établi quel antidépresseur agira le mieux pour tel patient. Ce qui importe, c'est que les antidépresseurs soient administrés à des dosages suffisamment élevés et pendant une assez longue durée, sinon ils ne pourront produire leur effet. Si, malgré tout, le patient ne trouve pas de soulagement satisfaisant au bout de quatre à six semaines, le médecin lui prescrira un autre antidépresseur. On tend aujourd'hui à préconiser la poursuite du traitement à base d'antidépresseurs pendant au moins une demi-année, en respectant le dosage par lequel un effet optimal a été obtenu.

Déroulement du traitement de la dépression

Le traitement de la dépression se fait ordinairement en trois étapes:

- la **thérapie aiguë** (4–6 semaines)
- la **thérapie d'entretien** (4–6 mois) (prévention d'une récurrence)
- la **thérapie prophylactique** (pendant des années) (prévention d'une récurrence).

Les semaines de la **thérapie aiguë** sont souvent pénibles, car le médicament ne peut déployer ses effets que petit à petit, tandis que les effets secondaires non désirés apparaissent parfois déjà après l'absorption du premier comprimé. Une collaboration étroite, intensive, en toute confiance, avec le médecin est de ce fait particulièrement importante durant cette phase. La plupart du temps, les effets indésirables comme la somnolence diurne, une désagréable sensation de sécheresse dans la bouche ou alors une paresse intestinale, disparaissent au cours de la première semaine de traitement. Par le dosage et le choix du médicament, le médecin est à même d'adapter la posologie au patient concerné.

Il faut donc faire preuve de patience jusqu'à ce que l'effet apaisant du médicament se fasse sentir. Les effets secondaires doivent absolument être signalés au médecin, afin qu'il puisse effectuer une évaluation de la situation. Une modification des dosages ou l'arrêt d'un médicament ne doit pas être entrepris sans en discuter préalablement avec le médecin.

Pendant cette période, la tenue d'un journal des humeurs peut aider à mieux se rendre compte des premiers progrès, même minimes. Au moyen des observations notées, il est possible de déterminer quelles activités ont une répercussion positive sur sa propre humeur.

Dans la **phase de la thérapie d'entretien**, à partir de la troisième ou quatrième semaine de traitement, le médicament pourra déployer son plein effet. Les processus de transmission des messagers se stabilisent. Très souvent, le sommeil s'améliore, le patient a plus d'énergie. Les jours où cela va mieux sont de plus en plus nombreux. Des choses considérées il y a peu comme insurmontables, peuvent doucement être reprises en main. La confiance en sa propre force grandit lentement. Pour que l'effet du traitement soit maintenu, la prise régulière des médicaments est maintenant tout à fait essentielle. La mise en place d'un emploi du temps dans lequel les petites activités et surtout celles jusqu'ici jugées irréalisables pourront de nouveau être incorporées au quotidien est fort conseillée. Dans la liste en annexe, nous en proposons un éventail. Elle permet de choisir celles qui conviennent le mieux.



Au bout d'environ trois mois de traitement, la plupart des dépressions ont cessé. L'état correspond de nouveau à celui qui précédait l'apparition de la maladie. D'après les connaissances actuelles de la science, les médicaments devraient continuer à être pris pendant six mois, en gardant le même dosage qui a permis d'obtenir une amélioration. On crée ainsi de bonnes conditions pour prévenir une éventuelle récurrence. Les spécialistes appellent cette phase du traitement la **thérapie prophylactique**.

Les signes d'une possible réapparition d'un épisode dépressif ainsi que les «symptômes avant-coureurs» sont à discuter en détail avec le médecin – ils sont propres à chaque patient et varient donc d'un individu à l'autre. Cette étape du traitement sert également à cerner plus précisément les raisons ayant conduit à la survenue de la dépression et à effectuer un travail psychothérapeutique dans ce sens. Il est en effet d'une importance capitale de procéder à des modifications du quotidien du patient et que ce dernier ne se fie pas uniquement à l'effet protecteur des médicaments. Pour éviter les récurrences, une nouvelle planification du rythme journalier, la programmation des tâches courantes ainsi que l'affrontement des désaccords et l'échafaudage de solutions aux conflits sont autant de mesures déterminantes.

Le danger de suicide

«Le mieux pour ma famille serait que je disparaisse»,
 «Je ne suis qu'un fardeau et cela ne s'améliore pas»,
 «Après mon mari pourra se trouver une nouvelle femme qui s'occupera des enfants». – Les **idées suicidaires sont fréquentes chez les personnes dépressives**. La plupart du temps, l'intention de s'enlever la vie (suicidalité) fait partie de la dépression. Les troubles au niveau des sentiments et du raisonnement qu'entraîne cette maladie engendrent des réflexions destructrices qui peuvent être liées à un risque d'attenter à ses jours. 80% des dépressifs souffrant d'une forme grave de la maladie sont hantés par la pensée de se donner la mort, 4% font une tentative de suicide. Le côtoiement de personnes suicidaires exige beaucoup d'énergie. Il est absolument indispensable d'avoir recours à une aide spécialisée.

Des entretiens sur la tendance suicidaire entre le patient, les proches et le médecin soulagent et aident à porter en commun la lourde responsabilité. Cela permet aussi de discuter d'une éventuelle admission à l'hôpital. Dans bien des cas, c'est la peur des concernés de perdre le contrôle d'eux-mêmes qui les incite à rechercher la sécurité dans un établissement hospitalier. Il est également possible que le médecin de famille doive procéder à une hospitalisation d'office pour la protection du dépressif. Après amélioration de la symptomatique dépressive durant leur séjour à l'hôpital, la plupart des personnes ayant été hospitalisées contre leur volonté, témoignent cependant d'un soulagement et de compréhension pour cette démarche.

Mythes et faits autour du suicide

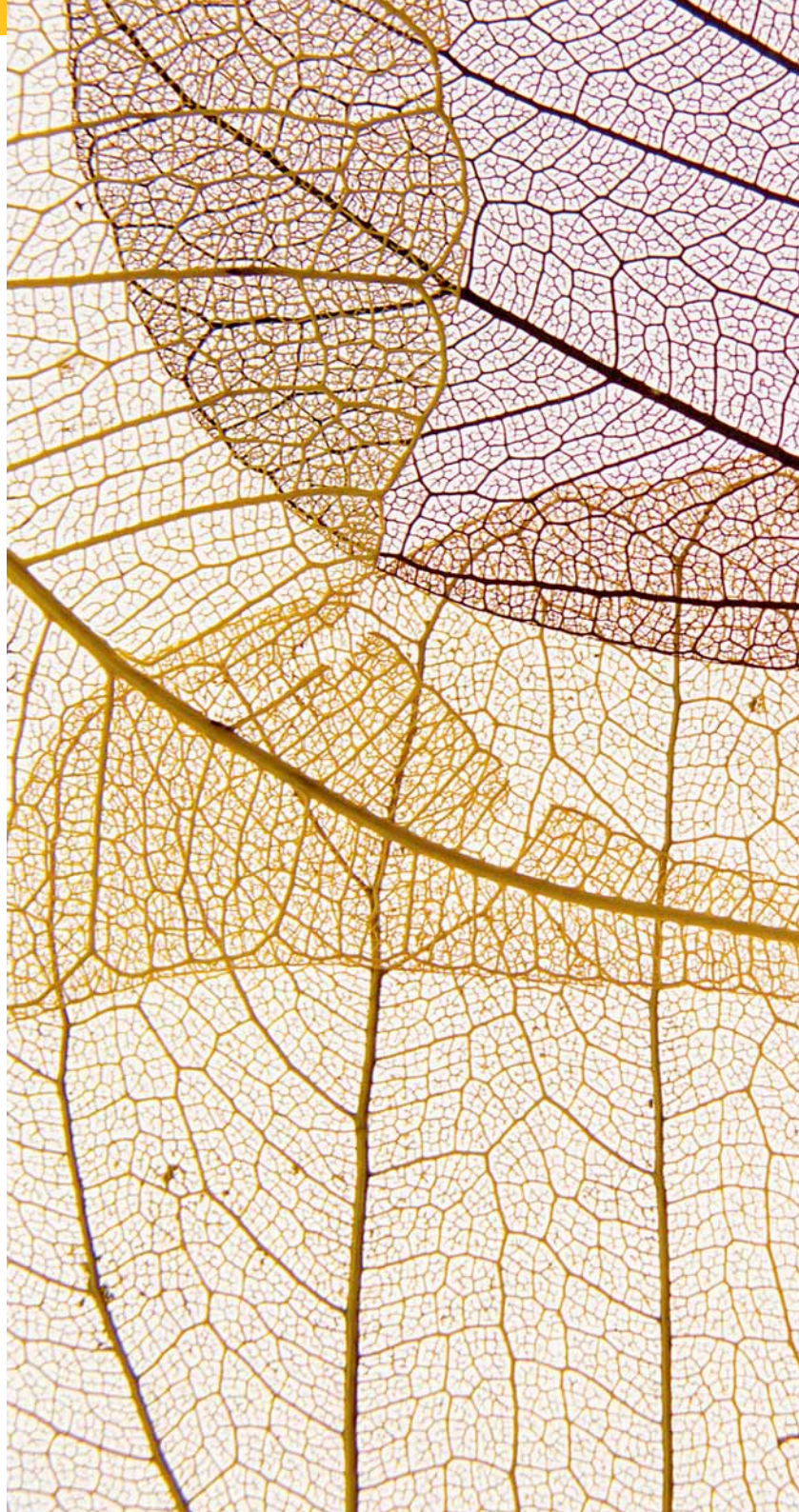
Nombreux sont les blocages à vaincre pour parler ouvertement des idées suicidaires. Mais c'est la seule façon de connaître l'état émotionnel actuel du patient. Bien des «vérités populaires» existent autour du thème du suicide, les faits se présentent souvent tout autrement:

- **«Celui qui menace de se suicider ne le fera jamais».** Les propos suicidaires doivent dans tous les cas être compris comme l'expression d'une situation de crise psychique et être pris au sérieux. Sur 10 suicidés, 8 ont exprimé clairement leur intention de se donner la mort.
- **«Les personnes qui veulent se suicider y parviendront quand même tôt ou tard».** Des enquêtes de suivi démontrent que parmi les patients ayant fait une tentative de suicide, très peu commettent effectivement plus tard dans leur vie l'acte irréparable.
- **«Chacun a le droit de mettre fin à ses jours».** La plupart des gens qui accomplissent un geste suicidaire le font dans un état psychique dont les notions altérées par la maladie ne leur permettent pas de décider de leur vie et de porter une appréciation réelle sur leur existence future.
- **«Discuter des intentions suicidaires peut provoquer un suicide».** Aucun patient ne tentera de se suicider parce qu'on lui a demandé s'il a l'intention de le faire. Une discussion franche soulage et apporte un nouvel espoir. C'est la condition essentielle d'une relation de confiance avec les proches, le thérapeute, etc.



Que puis-je faire face à des idées suicidaires aiguës?

Il est important de prendre les idées suicidaires au sérieux et rechercher de l'aide. Les personnes de l'entourage du concerné devraient se concentrer sur l'écoute attentive du dépressif et poser des questions démontrant leur compréhension et leur sympathie. Les bons conseils et les tentatives de motivation ne font qu'enfoncer le suicidaire dans son sentiment de démoralisation. Les propres émotions doivent être exprimées, les tentatives de suicide manquées considérées ouvertement comme telles et non dénaturées en accident ou en inattention. Pour sa propre hygiène psychique, il est conseillé de parler avec des personnes intimes de cette tentative de suicide. Elle ne doit en aucun cas être cachée ou considérée comme une «honte».



Des hauts et des bas à l'extrême (la maladie maniaco-dépressive)

La maladie maniaque est une forme particulière de trouble dépressif. Elle se caractérise par d'éprouvants sauts d'humeur et perturbe considérablement le rythme de vie de la personne. Le risque de dommages corporels et de préjudices au niveau familial et professionnel est grand.

En plus d'une thérapie systématique, l'environnement social se veut un aspect essentiel, d'une grande valeur. D'autant plus lorsque les proches se muent, avec le patient, en spécialistes de sa maladie.



Signes de la manie

Les signes typiques d'une manie sont:

- une humeur survoltée, euphorique, irritable/agressive.
- une énergie démesurée et une envie permanente d'entreprendre des activités.
- une estime de soi exagérée (sentiment de toute puissance, surestimation de ses capacités, idées de grandeur).
- une volubilité débordante, une augmentation du débit de parole jusqu'à «ne plus pouvoir s'arrêter de parler».
- une distractibilité très importante avec des problèmes de concentration (trop de pensées simultanément en tête).
- le comportement est désinhibé (par ex. dans le domaine sexuel), d'une familiarité excessive, désinvolte, avec des agissements irréfléchis tels que des dépenses financières inconsidérées.
- la perception est intensifiée et ceci pour tous les sens: entendre, voir, toucher et sentir.
- le besoin de sommeil est nettement réduit.
- la conscience de la maladie est diminuée. Le concerné se sent en bonne santé et, par conséquent, refuse parfois le traitement.

Les personnes atteintes

Le diagnostic d'une maladie maniaco-dépressive représente une effraction massive dans la vie du sujet. En règle générale, la maladie n'est pas reconnue comme telle pendant assez longtemps. Lorsqu'au bout de quelque dix ans durant lesquels la maladie a progressé le médecin est consulté pour la première fois en rapport avec ces troubles de l'humeur, ce n'est pas rare qu'une problématique dépressive soit mise en avant.

Les phases précédentes, durant lesquelles les symptômes sont nettement moins manifestes que pendant la manie (les dites phases hypomaniaques) attirent moins l'attention. Le concerné jouit pendant ce temps, selon sa propre opinion, d'une excellente santé et d'une prodigieuse capacité de performance, est créatif et plein de confiance en lui. Cette étape est alors considérée à tort comme signe d'une évolution vers le mieux («Ça tourne enfin rond dans sa tête», «Il a trouvé la bonne attitude face à la vie», etc.). Logiquement, à ce stade précoce, le maniaco-dépressif exclut absolument toute idée de maladie, il se sent et se considère en parfaite santé. Pour la mise en place rapide d'un traitement et d'un suivi adéquats, la prise de conscience du patient est cependant un facteur essentiel.

Au fur et à mesure du développement des troubles bipolaires, le mode de vie de la personne atteinte en subira les conséquences. Les concernés participent de moins en moins aux activités familiales et communautaires. Le repli social est en outre provoqué par les fréquentes maladies associées, troubles anxieux, abus d'alcool et toxicomanie. Les répercussions sur les possibilités professionnelles sont plus ou moins fortes suivant le nombre et le déroulement des phases de maladie. Mais très souvent la capacité de performance diminue nettement pendant son avancée, de façon à ce qu'un tiers seulement des gens touchés par cette affection sont à même de fournir un travail régulier. Un rythme quotidien soigneusement établi, avec une alternance réglée entre exigences et répit, ainsi qu'un travail bien structuré sont des conditions importantes pour la stabilisation de la situation et de l'humeur du maniaco-dépressif.

Qui tombe malade et à quelle fréquence?

Environ une personne sur cent développera au cours de sa vie une maladie maniaco-dépressive. Cette affection atteint d'une manière égale les femmes et les hommes. 75% des concernés connaissent leur premier épisode de maladie avant l'âge de 25 ans. En plus de la susceptibilité génétique, on remarque l'apparition simultanée de maladies de dépendance, de problèmes d'anxiété ainsi que du syndrome de déficit d'attention, de migraine, etc. Les troubles accompagnateurs, qui sont souvent mis au premier plan, empêchent dans beaucoup de cas la pose d'un diagnostic et par là même le traitement médical approprié.

Les phases maniaques peuvent survenir en corrélation avec des chocs émotionnels mais aussi sans raison apparente. La durée des phases varie de quelques semaines jusqu'à plusieurs mois, l'alternance des phases maniaques et des phases dépressives étant possible. En cas de maladie maniaco-dépressive, un traitement par un médecin spécialisé et une thérapie médicamenteuse de longue durée sont absolument nécessaires.

Causes possibles

Différents facteurs jouent un rôle dans la survenue de cette affection. L'apparition fréquente au sein d'une même famille et une atteinte à un âge précoce laissent supposer une prédisposition familiale. Cette dernière rend plus probable qu'un incident personnel majeur déclenche une maladie maniaco-dépressive.

Outre cette prédisposition héréditaire, une interaction perturbée des messagers du cerveau (neurotransmetteurs) est un élément significatif. Tout comme les facteurs psychologiques – sachant que la première phase de maladie est souvent devancée par un événement d'une grande gravité dans la vie du sujet.

Le déroulement

La progression typique passe par une alternance de phases de maladie dépressives/maniaques et de périodes exemptes de symptômes. Chez la plupart des patients, la première phase de maladie sera suivie dans le cours de leur vie de huit à dix autres épisodes. En avançant dans les années, les phases de maladie deviennent plus fréquentes et se montrent plus graves.

La maladie survient à un âge jeune, beaucoup de personnes atteintes doivent faire face à des gênes massives (santé physique, entraves dans la vie familiale et professionnelle, espérance de vie). Un diagnostic rapide et la prescription de médicaments diminuant la fréquence des phases de maladie (thymorégulateurs) sont des données fondamentales pour le succès du traitement et du suivi ainsi que pour l'évolution future de la maladie.



L'entourage social

«Il est important que les proches, de pair avec le concerné, deviennent des experts de sa maladie!»

Comportement agressif, violence physique, dommages économiques et sociaux pouvant être provoqués par les patients et leurs agissements dictés par la maladie, posent de sérieux problèmes à l'entourage social, et en particulier à la famille concernée. Les maladies associées telles que l'abus d'alcool et de drogues ainsi que les troubles d'anxiété pouvant éventuellement survenir conduisent souvent à des situations très difficiles. En raison du manque de conscience des patients maniaco-dépressifs par rapport à leur maladie, surtout en phase de manie, des solutions ne sont souvent possibles qu'au moyen de mesures coercitives.

Tout au début d'une nouvelle phase maniaque, les patients sont encore ouverts aux conseils. Si les amis ou les membres de la famille remarquent qu'une nouvelle phase est sur le point de survenir, il est donc essentiel qu'ils veillent à ce stade précoce à tout mettre en œuvre pour assurer un soutien thérapeutique.

Une stratégie judicieuse consiste à dialoguer pendant l'intervalle libre de symptômes, pour savoir quelles mesures sont à prendre en cas d'apparition d'une nouvelle phase maniaque ou dépressive. Un outil qui convient bien à cet effet est la convention de traitement. Elle est élaborée avec le concerné, les personnes chargées de son suivi à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement hospitalier et une personne de confiance désignée par lui. La convention a pour objectif de déterminer ensemble les instructions précises à appliquer en cas d'une dégradation de l'état de santé psychique. La question capitale de la prise de médicaments est également consignée dans cette convention.

Les problèmes décrits et qui touchent aussi l'entourage social, sont la raison pour laquelle les personnes maniaco-dépressives sont pour la plupart célibataires ou divorcées. Dans trois cas sur quatre, un proche parent est indiqué comme personne de référence. La co-responsabilité qui en découle signifie une grande charge pour les familles.

Un facteur primordial dans le comportement à adopter face à des sujets maniaco-dépressifs est d'être à l'écoute de leurs idées fréquemment exprimées de mettre fin à leurs jours. Parler ouvertement de ces pensées ou intentions procure un soulagement. Avec la réaction rapide, citée plus haut, face aux premiers signes d'une phase dépressive ou maniaque, cela constitue une mesure susceptible de prévenir le risque de suicide.

Annexe



Activités qui pourront vous aider à mieux affronter votre quotidien

1. À la maison

Hygiène corporelle

- Douche
- Bain de pieds
- Bains parfumés
- Manucure
- Pédicure
- Masques

Ménage

- Ranger
- Laver les rideaux
- Faire les vitres
- Réaménager la chambre
- Changer les meubles de place, restaurer

Travaux de bureau

- Faire les paiements
- Classer les justificatifs d'impôts
- Créer un carnet d'adresses

Travail de jardinage

- Enlever les mauvaises herbes
- Rempoter

Cuisiner

- Essayer de nouvelles recettes
- Faire des gâteaux

Divers

- Vider la boîte aux lettres
- Trier les vêtements démodés

2. Loisirs

- Émission préférée à la télévision
- Jeux de société
- Jeux sur ordinateur
- Créer un album photos
- Écouter la musique
- Téléphoner à des connaissances

3. À l'extérieur

- Achats quotidiens
- Aller boire le café
- Manger dehors
- Visiter les voisins
- Cinéma
- Concert
- Musée
- Match de foot/hockey sur glace
- Coiffeur
- Aller à l'église
- Rendez-vous chez le médecin

4. Activité physique

- Petites balades
- Randonnées
- Nordic Walking
- Promener le chien
- Faire du vélo
- Natation



Notes

Suggestions de lectures

Les personnes dépressives et leurs proches ont un grand besoin d'information. Dans le quotidien, différents livres, surtout ceux qui relatent la façon dont d'autres ont vécu la dépression, se sont montrés très utiles pour une meilleure compréhension de la maladie. Voici quelques titres conseillés:

Dominique Barbier: La Dépression; Paris, 2003, Editions Odile Jakob

Un livre destiné aux personnes souffrant d'une dépression (ou à leur entourage), et qui pose les questions de base: Que sait-on aujourd'hui de la dépression? Comment la reconnaît-on? Quelles sont ses différentes formes? Quelles sont les complications? Comment peut-on la soigner? Car s'il est couramment admis que la dépression peut s'emparer de chacun d'entre nous, elle n'en reste pas moins une maladie encore mal connue et souvent vécue comme «honteuse», trahissant une «faiblesse» morale, un manque de volonté.

Ce livre répond à toutes nos interrogations à l'aide d'illustrations cliniques, explications et conseils: «Docteur, je n'ai plus goût à rien»: est-ce une «déprime» passagère, une véritable dépression? Quels sont les différents visages de la dépression?

«Docteur, qu'est-ce que je vais devenir?»: quelles peuvent être les conséquences de la dépression? Quels sont les risques de récurrence? Et le suicide?

«Docteur, faites quelque chose pour moi»: quels sont les médicaments efficaces? Les antidépresseurs sont-ils dangereux? Que faut-il penser des différentes psychothérapies? Quel peut être le rôle de l'entourage?

Andrew Salomon: Le Diable intérieur: Anatomie de la dépression; Paris, 2002, Éditions Albin Michel

Vingt siècles d'histoire, des milliers de patients interviewés, un tour du monde des formes de la maladie et des remèdes pratiqués, Andrew Solomon a accumulé une somme impressionnante d'informations de tous ordres.

Brassant le particulier et le général, la confession et l'analyse, l'auteur captive constamment son lecteur par son érudition, sa clarté, son style limpide, l'originalité et la force de ses points de vue, de ses métaphores (la dépression, c'est «sentir ses vêtements se transformer lentement en bois sur son corps»), la sincérité de ses affirmations, même les plus inattendues: «C'est la dépression qui m'a permis de me parcourir, de connaître la pleine étendue de mon âme... J'aime ma dépression. J'aime l'homme qu'elle a fait de moi.»

Michel Rochet, avec la collaboration de Jean Hossenlopp: Des hauts et des bas qui perturbent votre vie; St-Quentin-en-Yvelines, 2002, Éditions Chiron

Cet ouvrage est d'abord le résultat d'un vécu. Michel Rochet est maniaco-dépressif depuis l'âge de 15 ans, et souffre aussi de TOC. Après avoir quasiment tout perdu, dont sa famille, du fait de son handicap, il a su retrouver le chemin de la stabilité, et a fondé les associations Argos 2001 et Argos 2002. Fort de son expérience, il veut désormais faire profiter les autres de ses acquis et de son savoir-faire.

Nathalie Chassériau: 60 conseils anti-déprime; Paris, 2003, Éditions Hachette

La déprime est «en vogue»: on en parle à tout bout de champ, sans en évaluer les différents stades ni faire la distinction entre les coups de blues passagers, les états dépressifs plus sérieux et la maladie dépressive à proprement parler.

Le but de ce livre est de vous aider à y voir plus clair afin que vous puissiez prendre les bonnes décisions.

Christian Spadone: La dépression – Peut-on en guérir? Paris, 2003, Éditions Le Pommier

Psychiatre hospitalier à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, Christian Spadone consacre une partie importante de ses activités professionnelles à l'enseignement et à la vulgarisation de la psychiatrie. Ainsi, ce livre tend à poser les bonnes questions: La dépression, peut-on en guérir? Quelles sont les origines de la dépression? Qui touche-t-elle? Comment se manifeste-t-elle? Comment se soigne-t-elle? Et à quelles conditions la guérison est-elle au bout du tunnel?

Groupes d'entraide et de proches

Patrick Delaroche: La peur de guérir, les résistances à la psychanalyse; Paris, 2003, Éditions Albin Michel

On souffre, on voudrait que sa vie change et l'on se donne toutes les bonnes raisons pour ne pas faire un travail analytique. Pourquoi cette peur de guérir?

Sami-Paul Tawil: Le miroir de Janus – Comprendre et soigner la dépression et la maniaco-dépression; Paris, 2002, Éditions Robert Laffont

S'appuyant sur des cas cliniques, l'auteur aborde la complexité psychique, biologique et sociale de ces troubles. Il explique par quels moyens, par quelle écoute on combat au jour le jour ces états dépressifs ou maniaques. Accessible à tout public.

Dominique Megglé: La dépression: comment l'éviter et comment s'en sortir; Paris, 2002, Éditions de la Renaissance

L'auteur passe en revue, souvent avec humour, les différentes théories de la dépression.

Clément Rosset: Route de nuit; Paris, 1999, Éditions Gallimard

Un livre à saveur auto-thérapeutique, où l'auteur nous raconte son expérience personnelle de la dépression nerveuse. Plus précisément, il déclare être affecté de «hasofin», c'est-à-dire d'«hyper-activisme semi-onirique de fin de sommeil», un trouble du sommeil qui est lié à la dépression. C'est ainsi qu'il nous détaille ses rêves, ou plutôt ses cauchemars, en fin de sommeil, malgré le fait qu'il dort peu. Rédigé sous forme de journal, avec quelques passages littéraires.

Lalonde Pierre et al.: Démystifier les maladies mentales. La Schizophrénie. Montréal, 1999, Éditions Gaëtan Morin

La schizophrénie est une maladie encore incurable, mais ses conséquences à long terme peuvent être prévenues avec succès. Cet ouvrage fort utile s'adresse aux parents proches de personnes souffrant de schizophrénie, aux malades eux-mêmes et aux personnes souhaitant connaître cette maladie.

L'aide et le soutien de personnes ayant vécu une dépression sont une source précieuse pour combattre la maladie. Des personnes touchées par la dépression ont fondé en 1994, à Zoug, le «Verein Equilibrium zur Bewältigung von Depressionen» (Association Equilibrium pour faire face à la dépression). Cette association a pour but d'organiser des manifestations sur le thème des dépressions, de mettre sur pied des groupes d'entraide dans toute la Suisse et de briser au niveau du grand public les tabous qui entourent les maladies maniaco-dépressives afin de libérer ce faisant les patients de leur stigmatisme.

Pour toutes informations:

Verein Equilibrium

Ibelweg 20
6300 Zoug
Téléphone 041 761 05 88
www.depressionen.ch

Des groupes similaires existent en Suisse romande:

GRAAP, Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique, une association créée en 1987 et qui compte aujourd'hui quelque 808 membres, patients psychiques ou proches. Les centres d'accueil du GRAAP se trouvent à Lausanne, Yverdon, Nyon, Montreux et Prilly.

Graap Lausanne

Borde 23–27
1018 Lausanne
Téléphone 021 647 16 00
Téléfax 021 641 25 83
info@graap.ch
www.graap.ch

Autres adresses:**Association fribourgeoise d'action
et d'accompagnement psychiatrique**

Route de la Fonderie 2
Case postale 123
1705 Fribourg
Téléphone 026 424 15 14

Groupes valaisans d'entraide psychiatrique

Maison Blanche
Chemin des Carrières 2
1870 Monthey
Téléphone 024 473 34 33 (répondeur en cas d'absence)
grp.dentraide@bluewin.ch

ANAAP – Le Déclic**Association neuchâteloise d'accueil
et d'action psychiatrique**

Rue du Plan 19
2000 Neuchâtel
Téléphone 032 721 10 93
Téléfax 032 721 49 32

Beau-Site 29

2300 La Chaux-de-Fonds
Téléphone 032 913 12 69

**La fondation Pro Mente Sana propose gratuitement
des conseils et du soutien:****Pro Mente Sana**

Hardturmstrasse 261
Case postale
8031 Zurich
Téléphone 01 361 82 72
Téléfax 01 361 82 16
www.promentesana.ch (également en français)



Pour les proches de personnes souffrant de maladies psychiques, il existe les groupes d'entraide suivants:

VASK

Association de familles de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques

Association faîtière suisse

Bureau

Case postale 474

6015 Reussbühl

Téléphone 0800 50 50 82

Téléfax 041 250 50 83

vask@bluewin.ch

www.vask.ch (également en français)

AFS Berne-Jura-Neuchâtel

Rue de la Gare 9

2502 Bienne

Téléphone 032 323 80 66

afsbe.mpasche@freesurf.ch

Association Le Relais Genève

Rue des Savoises 15

1205 Genève

Téléphone 022 781 65 20

www.lerelais.ch

info@lerelais.ch

Liens utiles

Autres sites sélectionnés consacrés au thème «dépressions»

www.depression.ch

Informations intéressantes (et actuelles) sur le sujet des «dépressions»

www.psychiatrie.ch

Site de la **Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie** avec, entre autres, une liste de groupes d'entraide

www.kompetenznetz-depression.de

Informations, forum de discussion, etc. (seulement en allemand)

www.depression.unizh.ch

Site de l'Université de Zurich au sujet des dépressions (seulement en allemand)

www.patienten.ch

Plate-forme des organisations suisses des patients

www.quebectel.com/gt/usagers/campion/maladie.htm

Témoignage d'une personne maniaco-dépressive

http://cyril.piton.free.fr

Site ayant pour but d'aider les personnes en proie à une très grave dépression

www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm

Site de la NIMH

www.swissanxiety.ch

Site de la Société Suisse des Troubles Anxieux

Un grand merci

Ce guide destiné aux patients a été conçu en étroite collaboration entre Mepha Pharma SA et le Dr méd. Daniel Bielinski, médecin-chef de la Clinique psychiatrique et directeur des Services psychiatriques du canton de Soleure. Nous remercions très cordialement le Dr Daniel Bielinski pour son engagement et ses précieuses explications, qui ont permis de faire de cette publication un guide santé d'une lecture facile pour les patients et leurs proches.



Impressum

«**Dépressions, atteintes maniaco-dépressives**» – Guide destiné aux patients

Tirage

29'000 ex. (allemand, français, italien)

Textes

Dr méd. M.H.A. Daniel Bielinski,
médecin-chef, Services psychiatriques
du canton de Soleure

Dr Hans Balmer,
Dr Hans Balmer SA, 4601 Olten

Questionnaire dépression: Prof. Dr J.
Margraf, Clinique psychiatrique univer-
sitaire, Bâle

Rédaction

Béatrice Greutert, Dr Richard Hummel,
Dr méd. Dagmar Meyer, Simone Theiler,
Dr Thomas Weikert

Traductions

Patricia Lambelet, Agence Iff,
1673 Promasens

Roberto Stürchler, lic. oec. HSG
et Partner Sàrl, 6374 Buochs

Élaboration et production

Peter Salzmann, Anita Walter,
Créative-Atelier Salzmann Sàrl,
4656 Starrkirch-Wil

Impression

Brogler Druck SA, 5073 Gipf-Oberfrick

Adresse pour infos

Mepha Pharma SA
Dornacherstrasse 114
Case postale 445, 4147 Aesch BL
Téléphone 061 705 43 43
Fax 061 705 43 85
www.mepha.ch

18470-5005

www.mepha.ch

Les médicaments à l'arc-en-ciel

mepha

